

H

L'ODONTOLOGIE

PF92

31e année. Vol. XLV — N° 1. 15 JANVIER 1911.

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
(ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS, SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : **CH. GODON,**
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Chef de Clinique à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
V. E. MIÉGEVILLE,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

Comité de Rédaction et d'Administration :

BLATTER, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
J. D'ARGENT, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
FREY, prof. à l'Ecole dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.
FRANCIS JEAN, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
L. LEMERLE, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
G. ROBIN, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.
G. VIAU, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
G. VILLAIN, prof. suppléant à l'Ecole dentaire de Paris

Principaux Collaborateurs :

Paris :

J.-A. Barrié, Choquet, I.-D. Davenport, Delair, Me Ducuing, Heïdé, Hirschfeld, Georges Lemerle, Loup, H. Masson, Mendel-Joseph, Michaëls, Pailliottin, Georges Robin, Ronnet, Sauvez, Touvet-Fanton, Vanel.

Bordeaux : M. Cavalié. *Lyon :* Cl. Martin, Pont, J. Tellier, Vichot. *Le Mans :* Monnin.
Allemagne : Jessen (Strasbourg), Walkhoff (Munich).
Angleterre : Cunningham (Cambridge), Paterson (Londres).
Autriche : Weiser. — *Belgique :* Messian (Anvers), Quintin (Bruxelles). — *Brésil :* Chapot-Prévost.
Canada : Eudore Dubeau (Montréal). — *Espagne :* F. Aguilar (Madrid), Damians (Barcelone), Losada (Madrid). — *Etats-Unis d'Amérique :* Brophy (Chicago), Kirk (Philadelphie), Ottofy (Manille), Wallace-Walker (New-York). — *Hollande :* Grevers (Amsterdam).
Mexique : Rojo (Mexico).
Norvège : Smith-Housken (Christiania). *République-Argentine :* Etchepareborda (Buenos-Ayres).
Suède : E. Förberg (Stockholm). — *Suisse :* P. Guye, Thioly-Regard (Genève).

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe — *Téléphone 223.04*

ABONNEMENT :

FRANCE .... **10 fr.** | UNION POSTALE...... **12 fr.**

Le Numéro : 1 franc.

31e ANNÉE. N° 1 15 JANVIER 1911 VOL. XLV

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA TECHNIQUE DES BRIDGES EN PORCELAINE

Par N. S. JENKINS.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

Après avoir renoncé depuis trois ans à exercer, je suis venu à Paris, où j'ai consacré trois hivers à la solution de quelques problèmes concernant les bridges en porcelaine.

Ayant réussi à résoudre ces questions, je me sens grandement honoré en soumettant, avant mon départ de Paris, à cette grande société française, les quelques conclusions auxquelles je suis arrivé par mon travail.

La condition indispensable pour le succès des porcelaines-bridges est représentée uniquement par une base métallique absolument rigide ; la porcelaine elle-même ne peut ajouter pour ainsi dire rien à la résistance de la construction. Au contraire, c'est le cadre métallique qui doit soutenir la porcelaine de façon à éviter toute cassure résultant de la mastication.

Pour obtenir cette base inamovible il n'existe que deux métaux qui devront être fusionnés ensemble en des proportions définies.

Le platine seul ne pourra pas être employé pour ces bridges, mais allié à l'iridium ; quatre alliages différents sont indispensables pour une construction correcte du cadre.

La première chose à faire est d'estamper une coiffe pour la racine qui servira habituellement de pilier au pont; cette coiffe doit avoir une surface concave de façon à s'adapter mathématiquement à la racine préalablement préparée en forme de cupule. Le métal employé pour cette coiffe doit avoir 10 o/o d'iridium sur 90 de platine; une plaque de ce genre de métal s'estampera parfaitement et en même temps gardera assez de rigidité pour ne pas se déformer pendant le travail à exécuter après. Un trou est percé dans cette coiffe pour laisser passer un pivot qui doit avoir une proportion de 30 parties d'iridium sur 70 de platine; cette proportion doit être exactement observée; en effet, une proportion d'iridium plus grande rendrait le pivot cassable; une proportion moindre amènerait le danger pour le pivot de se courber, surtout dans des racines minces où un pivot étroit est employé. Le pivot qui se courbe sous la force de la mastication compromet par ce seul fait tout le service de notre travail. Ces pivots, je les ai fait fabriquer en deux diamètres : un à un millimètre 6 d'épaisseur, l'autre à un millimètre 2, et tous de longueurs variées; avec ces différents pivots j'arrive à de parfaits résultats dans tous les cas.

Après avoir soudé ce pivot à la coiffe au moyen de la soudure au platine, il est généralement désirable de souder à la coiffe un anneau entourant étroitement le haut de la racine, sans toutefois descendre sous les gencives. Il est essentiel que cet anneau s'adapte parfaitement à la racine pour ne pas former des saillies qui provoqueraient facilement des dépôts de tartre avec irritation continuelle des gencives.

En même temps l'anneau devra émerger au-dessus du niveau de la coiffe de façon à former une sorte de cupule pour y loger la porcelaine.

L'épaisseur du métal à employer dépendra des conditions de chaque cas; la proportion du platine sera ici de 20 o/o d'iridium pour 80 o/o de platine. Évidemment il n'est pas facile de manier un métal de cette rigidité, et un peu de

pratique sera indispensable. Ce même métal de 20 o/o d'iridium doit être employé pour des couronnes servant de seconds piliers.

Les deux piliers du pont une fois nettement construits, nous arrivons maintenant à une phase de l'opération que l'on doit considérer comme la plus importante de tout l'ouvrage : il s'agit de faire l'épine dorsale qui forme le véritable soutien du cadre et qui est aussi nécessaire au pont que la quille l'est au navire.

Cette épine dorsale devra s'étendre d'un seul morceau, soudée aux deux piliers et ajustée de façon à toucher à peine les gencives dans l'espace libre de l'articulation. Elle doit être faite d'un fil de platine contenant 25 o/o d'iridium sur 75 de platine. L'alliage de 25 o/o d'iridium permettra à l'opérateur de courber son fil aux angles assez facilement sans danger de le casser.

Il est très important d'avoir ces alliages faits exactement d'après ces indications. La différence de résistance entre un fil de 20 o/o d'iridium et un autre de 25 est considérable et pourrait causer la perte du bridge.

J'ai trouvé la perfection pour des alliages chez M. W. C. Hervaeus, le propriétaire d'une grande fonderie de platine à Hanau. M. Hervaeus est non seulement un véritable métallurgiste, mais en même temps un commerçant loyal dont on peut être sûr qu'il donnera exactement le platine demandé dans telles ou telles proportions.

Le cadre du bridge une fois construit, il s'agira de choisir les dents et la porcelaine.

Tout d'abord j'ai trouvé que toute dent en porcelaine peut être employée ; seulement pour la soudure il faut faire une distinction.

Les dents américaines pourront être soudées à la barre avec de la soudure de platine, tandis que les dents anglaises ne pourront pas supporter l'énorme chaleur nécessaire à fondre le platine : leur couleur est altérée par le feu ; de toute façon, il sera préférable de souder les dents à la barre avec de l'or pur. L'emploi des dents anglaises est indiqué

dans certains cas, surtout là où l'on aura beaucoup à meuler pour rectifier l'articulation ; ce genre de dents permettra un polissage plus sûr que les autres.

Il faut dire aussi que les dents anglaises sont moins cassables que certaines autres fabriquées à des températures plus hautes ; et finalement je trouve qu'elles s'unissent plus facilement à la porcelaine à basse fusion, qui doit être employée pour compléter le bridge.

Dès le début j'ai senti la nécessité de ce genre de porcelaine. La stabilité et l'adaptation d'une porcelaine-bridge dépendent d'un ajustement parfait.

Le cadre en platine iridium même bien ajusté se déforme si on l'expose à la température nécessaire à fondre la porcelaine à haute fusion, donc fusible seulement au delà du point de fusion de l'or pur.

Pour ajuster la porcelaine on ne peut pas la mettre dans un revêtement rigide, mais on doit la fondre sur une base en chamotte avec des perforations pour les pivots et posée de façon à ce que la chaleur puisse y arriver sur tous les côtés à force égale.

Pour la porcelaine à basse fusion, on peut procéder à des fusions répétées sans la déformer le moins du monde. La *Prosthetic porcelaine* qui a été produite en premier lieu dans mon laboratoire fuse au niveau de l'argent, c'est-à-dire à 955° cent. et est excellente pour nos bridges ; toutefois, toute autre porcelaine à basse fusion pourra être employée.

Le four aussi a son importance.

Celui que je vous ferai voir ce soir a été construit pour brûler automatiquement en laissant passer un courant spécial sur un bout de métal qui, au moment de sa fusion, et par sa fusion même, coupera net le courant électrique. Cependant, je ne l'ai trouvé pratique que pour des métaux purs. Donc je l'ai trouvé peu sûr, et par conséquent pour l'usage général j'ai abandonné les alliages d'or, d'argent et de platine par lesquels j'avais l'espoir d'arriver à des températures définies.

Hervaeus, d'autre part, a adopté la forme et les dimensions

de mon four et l'a ajusté à un pyromètre avec lequel on peut obtenir des températures de fusion absolument exactes. Le système d'Hervaeus pour le revêtement du fil est également admirable. Il est revêtu non pas par la chamotte, mais par de la porcelaine, ce qui est propre, durable et prolonge l'existence du fil.

En forme de conclusion, permettez-moi d'affirmer que tout dentiste un peu adroit, qui se met au courant des principes des ponts en porcelaine, devrait être à même de pouvoir en faire dans tous les cas où la pose d'un pont est indiquée. Cela ne sera pas toujours facile, mais ce sera toujours faisable. Les avantages vis-à-vis de toute autre forme de bridge ne sont pas seulement à considérer au point de vue esthétique. Mais nul autre bridge ne peut être gardé dans la bouche aussi absolument net et propre. Il peut s'appuyer sur les gencives pour empêcher les débris d'aliments de s'y loger sur une base très étroite, mais pas en forme de selle. Les alliages du platine iridium aussi bien que la porcelaine par elle-même sont tolérés parfaitement par les tissus mous de la bouche, sans causer la moindre irritation. Les dents et racines branlantes et peu valides s'amélioreront sous la protection de la porcelaine et son application réussie est d'une satisfaction entière pour le patient et pour le dentiste.

LE SCELLEMENT DES BRIDGES ET DES COURONNES A LA GUTTA-PERCHA

Par Henri Villain, D. E. D. P., D. D. S.,

Professeur suppléant de bridges et couronnes à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication faite à la Société d'Odontologie le 6 décembre 1910.)

Depuis longtemps, la gutta-percha a été préconisée dans le scellement des bridges et des couronnes : cependant son emploi ne se généralisa pas, à cause de la difficulté que l'on rencontrait pour la dissoudre, de façon à la ramener au degré de consistance du ciment.

Certains praticiens préconisèrent des préparations de gutta-percha dissoute dans le chloroforme ou dans l'eucalyptus, mais, à la longue, l'évaporation de ces dissolvants rend la gutta poreuse et la contraction qui s'ensuit nuit beaucoup dans la fixation de la pièce. Pour ces raisons, la gutta est délaissée et le ciment est la substance de scellement la plus employée, sa manipulation étant des plus simples.

Le ciment cependant présente bien des inconvénients, à ce sujet mon distingué confrère, M. Geo Roussel, écrit dans son *Traité des couronnes et des bridges,* ce qui suit :

« Les inconvénients du ciment dans le scellement sont : l'irritation momentanée produite par son contact sur les tissus péridentaires; l'irritation constante que peut amener, en tant que corps étranger, son excès sur les gencives après le scellement : sa dissolution lorsqu'il est exposé à l'action des sécrétions et surtout l'extrême difficulté avec laquelle on enlèvera les couronnes ; principalement celles à pivot, lorsqu'il sera nécessaire de les desceller. »

Un des inconvénients les plus importants que l'on impute au bridge fixe, est précisément la difficulté d'enlever un bridge scellé au ciment, en cas de réparation ou de carie des dents ou racines qui le soutiennent.

S'il s'agit de desceller un bridge ayant comme point d'appui des couronnes à pivot ou des inlays à pivot, la fracture

d'une des dents de soutien peut être la conséquence de ce scellement par trop adhérent. De plus, les efforts nécessités par cette opération détériorent souvent la pièce à un tel degré qu'il est impossible de la replacer. Enfin la périodontite qui oblige quelquefois à retirer un bridge est considérablement augmentée par les efforts de traction.

La gutta-percha présente, d'après Roussel, les avantages suivants :

« Elle n'est pas attaquée par les sécrétions de la bouche ; elle s'amollit immédiatement par l'application d'une chaleur suffisante, ce qui rend plus facile l'opération d'enlèvement d'une couronne ou d'un bridge ; elle forme au-dessous de la couronne une sorte de coussin élastique qui réduit l'effort de la mastication et les chocs produits pendant la trituration des aliments, et elle diminue ainsi les chances de fracture de la porcelaine. »

La substance de scellement doit être insoluble dans les liquides buccaux, homogène et élastique ; la gutta d'atelier offre ces avantages, son seul inconvénient est sa difficulté de manipulation, à cause du ramollissement ; des appareils furent construits pour rendre plus aisé l'emploi de la gutta, les plus connus sont :

Celui de Flagg, composé de trois plaques métalliques superposées et maintenues au-dessus d'une lampe à alcool ; la plus haute donne la chaleur la moins élevée pour le ramollissement à basse température, la seconde sert pour les guttas à haute température, et la troisième, la plus basse et par conséquent la plus chaude puisqu'elle est seule en contact direct avec la flamme, chauffe les instruments.

Celui de Stow, appelé réchaud thermoscopique, composé d'une plaque de stéatite, que l'on maintient au-dessus d'un bec de gaz, à l'aide d'une grosse poignée en bois placée à l'une des extrémités de la plaque. A l'autre extrémité, au niveau de la partie chauffée, se trouve une excavation dans laquelle on place du métal fusible dont le point de fusion correspond à la température nécessaire.

Evans imagina un petit appareil très simple composé d'un

gros bloc de métal creusé sur l'une de ses faces de plusieurs excavations, la principale sert à placer le bridge pour qu'il puisse chauffer, les autres sont destinées à la gutta pour permettre son ramollissement, et au « métal témoin » qui donne la température au moment de sa fusion. Sur un des côtés, une poignée de bois permet de retirer le bloc du feu sur lequel on l'a laissé quelques minutes, ce dernier conservant assez longtemps sa chaleur.

Ces appareils, outre divers désavantages secondaires, présentent le grave inconvénient de ne pas permettre la trituration à la spatule de la gutta ramollie, de plus, la chaleur est irrégulière, le refroidissement trop rapide, et ils obligent l'opérateur à les chauffer lui-même, d'où perte de temps considérable.

C'est pour obvier à ces inconvénients que j'ai fait choix du procédé de chauffage automatique (électrique), à température réglable pouvant être maintenue au même degré aussi longtemps qu'on le désire, et permettant la trituration de la gutta.

L'appareil que je vous présente permettra d'employer la gutta-percha la plus dure que nous possédions, celle en plaque rose, qui nous sert au laboratoire, ou quelquefois pour obturer des cavités du collet ; tout le monde a rencontré dans sa clientèle des obturations à la gutta rose, qui duraient depuis des mois et souvent même des années, là où le ciment n'aurait pas été très bien supporté et où les liquides buccaux n'auraient pas tardé de le dissoudre.

Avec ce chauffe-gutta sans l'aide d'aucun dissolvant, la gutta-percha conservant toutes ses qualités, obtiendra *en quelques minutes*, la consistance crémeuse du ciment.

En même temps le bridge, placé dans une cuvette portée à la même température que la gutta, sera chauffé progressivement, puis cette dernière sera placée dans les pièces à sceller. Il ne restera plus qu'à bien chauffer les dents ou racines qui doivent recevoir les pièces d'appui, mettre le bridge en bouche et faire mordre énergiquement.

Pour retirer le bridge, même au bout de plusieurs années, rien n'est plus simple :

1. — Protéger les tissus environnants, lèvres, joues, langue à l'aide de rouleaux de coton légèrement humides.

2. — A l'aide du thermo-cautère, chauffer la surface du bridge en exécutant un mouvement de va-et-vient d'un bout à l'autre du bridge, en s'arrêtant particulièrement au niveau des piliers de soutien, surtout s'il y a des pivots.

3. — Saisir le bridge à l'aide de la pince spéciale, ou d'une serviette, et tirer fortement.

Ce chauffe-gutta trouvera son emploi, non seulement dans le scellement définitif des bridges, à l'aide de la gutta dure, mais aussi dans le scellement provisoire à la gutta molle, gutta blanche qui nous sert pour nos obturations provisoires, où gutta rose imprégnée de chloroforme ou d'eucalyptus. Ce scellement ne devant durer que quelques jours (le temps nécessaire, et indispensable dans presque tous les cas, pour que le bridge prenne sa place de lui-même, normalement, sans fausse pression, et que l'articulation puisse être contrôlée), il faut employer une gutta qui, tout en restant molle, s'oppose aux infiltrations.

Il trouvera son emploi également dans le scellement des dents à tube montées sur pièce en métal avec bandeaux de 2 à 3 millimètres qui sertissent les dents sur tout leur pourtour.

Il peut servir de chauffe-or ; le plateau étant en porcelaine se nettoie parfaitement et très rapidement, il suffit, lorsque l'appareil est encore chaud, de passer une serviette sèche qui entraîne les moindres parcelles de gutta.

Enfin, je suis certain que l'on trouvera bien d'autres emplois du chauffe-gutta, aussi bien dans l'atelier que dans le cabinet ; il suffira d'y penser.

Construction : De construction excessivement simple, les contacts étant parfaitement abrités, ce petit appareil rendra les plus signalés services à tous ceux qui ont l'excellente habitude de sceller au moyen de la gutta en plaque, les bridges et couronnes.

L'appareil comporte 3 plots nos 0, 1, 2. L'aiguille étant placée sur 0 ou point mort, le courant ne passe pas dans l'appareil, le plot 1 donne une chaleur moyenne généralement suffisante pour chauffer graduellement un bridge et ramollir la gutta. Le plot 2 donne une chaleur beaucoup plus considérable et ne doit être employé que dans les cas pressés.



Mode d'emploi : Après avoir placé le bridge ou la pièce à sceller dans la partie formant cuvette, placer l'aiguille sur le plot 1, la laisser quelques minutes pour chauffer la plaque de porcelaine ; porter ensuite l'aiguille sur le plot 2 et après une ou deux minutes la ramener sur le plot 1, et même sur le plot 0, la chaleur se maintenant durant 1/4 d'heure environ.

Dans la plupart des cas il est inutile d'utiliser le plot 2, car la gutta se ramollit et le bridge se chauffe suffisamment, l'aiguille étant sur le plot 1, durant que l'on sèche et que l'on termine le travail nécessaire dans la bouche du patient.

Pour terminer, je vais sceller de suite un bridge et en desceller un autre, afin de vous montrer, avec quelle facilité ce travail peut s'exécuter; mais auparavant, qu'il me soit permis de remercier M. Weber, et surtout M. Laurent, de la Société Française de Fournitures dentaires, pour l'amabilité et l'empressement qu'ils ont mis à faire confectionner plusieurs appareils avant d'arriver à ce modèle définitif. Ils m'ont prié de remettre à M. le Président ce « chauffe-gutta » destiné aux cliniques de bridges de l'École dentaire de Paris. Comme chef de service d'une de ces cliniques, je les remercie bien sincèrement de leur générosité.

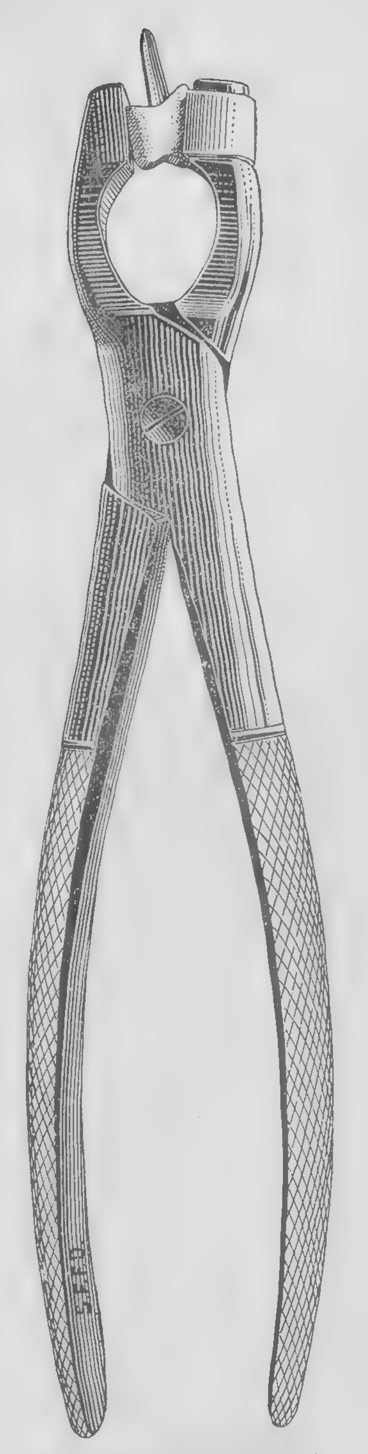
PINCE POUR L'ENLÈVEMENT DES DENTS A PIVOT ET DES BRIDGES

Par M. Henri Villain.

Il m'est arrivé bien souvent, ayant des couronnes à pivot ou des bridges à retirer, de me servir d'un davier d'incisive centrale entre les mors duquel je plaçais des boulettes de coton.

Mais il m'est arrivé aussi de casser des faces de porcelaine, parce que le coton glissait et que le mors venait brusquement frapper une des faces de la pièce.

Pour éviter cet inconvénient, j'ai fait fabriquer cette pince, composée de deux mors, dont l'un est creusé pour recevoir un morceau de caoutchouc à vulcaniser, maintenu par une petite rondelle de tube en caoutchouc, que l'on place sur la face de porcelaine et qui la garantit ainsi de toute fracture ; l'autre mors creusé également d'une gouttière dans laquelle on a coulé un peu de plomb qui se trouve en contact avec l'or de la face linguale du corps à extraire et ne risque pas de détériorer celui-ci.



Pince pour l'enlèvement des dents à pivot et des bridges.

LE SERVICE DENTAIRE AU LYCÉE JANSON-DE-SAILLY

Par le Dr G. Mahé,

Dentiste des Hôpitaux et du Lycée Janson.

(Communication au IIIe Congrès international d'hygiène scolaire.)

Lorsque j'eus pour la première fois la pensée de présenter au Congrès ce modeste travail, je pensais que — ainsi que le disait avant-hier M. Cruet — j'étais appelé à l'exposer devant un auditoire composé de pédagogues, d'hygiénistes, de directeurs d'établissements scolaires, de professeurs, de pères de familles, en un mot de tous ceux qui, à des titres divers, s'intéressent à l'hygiène des écoliers. Et c'est à cet auditoire que je venais très simplement dire comment nous, dentistes des lycées, nous remplissons nos fonctions et comment nous répondons aux préoccupations de ce Congrès, dans la sphère limitée qui est nôtre.

Les circonstances ont fait que notre sous-section spécialisée à l'excès est exclusivement une réunion confraternelle, où les véritables intéressés ne figurent pas et où nous discutons surtout entre nous nos intérêts professionnels, avec l'ardeur qu'apporte aux discussions de ce genre le heurt d'opinions aussi opposées que celles qui sont représentées ici.

Eh bien, même dans ma première conception, j'avais pensé que mon intervention avait sa raison d'être. J'avais été frappé, en effet, de ce qu'une circulaire ministérielle récente avait « étendu aux établissements de l'enseignement secondaire, les dispositions précédemment arrêtées en matière d'hygiène dentaire, pour les établissements de l'enseignement primaire ».

Cela m'avait paru pouvoir laisser entendre, surtout par ceux qui ne connaissent pas nos fonctions spéciales (et ceci n'est pas une vaine crainte, puisque la presse politique a déjà reflété cette interprétation) que, jusqu'à ces tout derniers jours, rien n'avait été fait dans les lycées pour sauvegarder la santé buccale et dentaire des internes.

J'avais admiré, je l'avoue, la placidité et l'indifférence avec lesquelles mes collègues avaient laissé passer sans la relever une telle déduction. Et c'est pourquoi il m'avait paru que c'était un véritable devoir pour un dentiste de lycée, tant à l'égard de sa propre conscience qu'à l'égard des familles, de venir dire ici non seulement que ces dentistes existent depuis de nombreuses années, mais que leurs services fonctionnent dans des conditions — je le dis sans nulle fausse modestie, comme sans nulle prétention — qui semblent réaliser la perfection, si par perfection on veut bien entendre l'exacte adaptation d'un organisme à sa fonction.

Car il importe de faire remarquer ici que le souci légitime d'assurer l'hygiène buccale et la santé dentaire des enfants séparés de leur famille, doit avoir pour limite, d'une part l'importance exacte et non exagérée de ce point particulier dans l'ensemble de l'existence individuelle et sociale, et, d'autre part, la liberté et la charge qu'a jusqu'ici conservée chacun de se faire soigner où, quand, par qui et comment il lui plaît.

Or, depuis que j'ai pris la résolution de venir exposer ceci devant vous, la discussion du rapport de notre confrère Dreyfus d'une part, une discussion particulière avec M. Godon, d'autre part, sur le même sujet m'ont révélé un aperçu tout autre de la question.

Très franchement M. Godon m'a déclaré que l'organisation que je venais tout simplement exposer ici, il rêve, lui et ceux qui partagent ses idées — et vous savez qu'ils sont nombreux — de la détruire afin de la remplacer par une autre qui relève de leur conception et qui a leurs préférences.

Il se trouve donc que l'exposition sans prétention que je voulais faire revêt de par les circonstances le caractère d'un plaidoyer.

Elle n'a pas été préparée dans ce but, et je m'en félicite, car la meilleure façon de défendre une cause bonne est encore de l'exposer tout simplement et c'est précisément ce que j'ai fait. Et je n'oublie pas que si les circonstances et aussi une heureuse organisation font que je ne parle ici que devant

des confrères dont le siège est fait d'avance, nos communications et nos paroles imprimées franchissent le cercle de ce cénacle volontairement rétréci, qu'il ne dépend pas uniquement de notre sous-section que telle ou telle disposition administrative soit rendue exécutoire, et que lorsque ceux à qui il appartient de prendre ces dispositions voudront connaître l'opinion des spécialistes compétents, ils trouveront dans nos comptes rendus toutes ces opinions et tous les documents.

L'auteur de ces lignes considère que le dentiste d'un établissement scolaire doit et doit seulement :

1° Renseigner la famille *des internes* sur l'état du système dentaire des enfants ;

2° Lui donner tous les éclaircissements et tous les conseils qu'elle croit devoir lui demander ;

3° Donner aux élèves tous les soins d'*urgence* dont ils ont besoin ;

4° Leur inculquer les notions fondamentales d'hygiène dentaire et buccale.

Nous allons aussi brièvement que possible considérer la légitimité de ces propositions et exposer comment elles sont réalisées au lycée Janson-de-Sailly, étant entendu que celui-ci n'est pris qu'à titre d'exemple et que, dans la plupart des lycées de France, le service fonctionne sur des bases très analogues.

J'ai le devoir d'ailleurs de rappeler ici que ce service fut organisé dès la fondation du lycée par notre illustre confrère Magitot et continué par le Dr Combe dont je suis le successeur. On voit par là que l'organisation n'en est pas nouvelle.

I. — *Renseigner la famille des internes sur l'état du système dentaire des enfants.*

Cette première et principale fonction d'un dentiste de Lycée est assurée par l'inspection semestrielle des élèves.

Dans la pratique, on peut considérer que la première de ces inspections, effectuée dès le commencement de l'année

scolaire, a pour but, en faisant connaître aux familles les points défectueux du système dentaire des élèves, de leur permettre d'éviter par un traitement immédiat les douleurs et les complications qui peuvent altérer la santé de l'enfant et troubler le cours de ses études.

La seconde inspection, pratiquée à la fin de l'année scolaire, en révélant les nouvelles lésions qui ont pu se produire depuis la première, et aussi en rappelant aux parents parfois trop insoucieux de ces questions, les lésions déjà signalées six mois plus tôt, semble destinée à rendre plus présente à la mémoire la notion des soins nécessaires, au moment même où les grandes vacances vont permettre à l'enfant de les recevoir avec toute facilité.

Au point de vue strictement scolaire, la première inspection est de beaucoup la plus importante.

Je n'insisterai pas sur la manière technique de pratiquer cette inspection. Le fait qu'elle s'adresse aux élèves d'un établissement d'enseignement ne lui donne aucun caractère particulier. Je dirai seulement que, devant être à la fois rapide et complète, elle devra être *essentiellement méthodïque.*

Je ne pense pas qu'elle doive être poussée au dernier degré d'exactitude absolue et demeure au contraire convaincu qu'elle DEVRA donner seulement les indications de la *plus grande probabilité.* C'est une opinion en laquelle une expérience de plusieurs années m'a pleinement confirmé.

Le rôle du dentiste de lycée doit être d'*appeler l'attention* des familles sur un mal méconnu : il n'est nullement nécessaire, pour que ce devoir soit pleinement rempli qu'il fasse pour chaque dent atteinte un *diagnostic de degré* absolument précis. Une telle exactitude, absolument inutile à l'accomplissement de la fonction qui lui est dévolue, ne peut être obtenue que par un examen et un interrogatoire beaucoup plus longs qu'il n'en peut et doit faire subir aux enfants qui lui sont confiés. De plus dans un grand nombre de cas, et particulièrement chez les enfants, le diagnostic entre la carie non pénétrante et la carie péné-

trante ne peut être assuré que par une exploration directe que le dentiste inspecteur *n'a pas le droit moral de pratiquer,* d'abord parce qu'il n'est pas librement consulté par les patients auxquels on l'impose, ensuite parce qu'une telle manœuvre risque trop souvent de transformer en lésion douloureuse une lésion jusqu'alors torpide et de sembler avoir provoqué volontairement un traitement dont la nécessité n'avait pas jusqu'alors apparu aux intéressés.

Le degré de carie sera donc apprécié uniquement par les signes extérieurs et apparents : l'important est que l'existence du mal soit révélée. Il n'y a nul inconvénient à laisser à l'examen plus minutieux qui sera pratiqué avant le traitement le soin de préciser définitivement son importance exacte. Dans les cas douteux je pense qu'il est bon de pencher systématiquement pour l'hypothèse la plus défavorable.

Pratiqué dans cet esprit et dans ces conditions l'examen bucco-dentaire doit être subi par tous les élèves internes, *sauf opposition formelle de la famille.* Je crois que c'est aller contre l'esprit de l'institution et contre l'intérêt même des enfants que de ne le faire subir — comme je l'ai vu faire une fois — que par les élèves dont les parents ont *accordé l'autorisation spéciale.* C'est là pousser beaucoup trop loin le scrupule de la liberté individuelle, beaucoup trop de familles omettant par pure négligence, et nullement dans une intention de refus, de donner l'autorisation demandée.

Les lésions constatées sont portées à la connaissance des familles par des bulletins *ad hoc.* C'est ici qu'intervient le système spécial que j'ai organisé au lycée Janson-de-Sailly avec le concours bienveillant de M. Poirier, qui en était le proviseur lors de mon installation en 1907 et qui continue à y fonctionner avec l'agrément du proviseur actuel M. Chacornac.

La base de ce système est un *schéma* qui m'est personnel et qui diffère sensiblement de ceux qui sont ordinairement utilisés par les spécialistes pour leur comptabilité et pour leurs documents personnels.

Je pense, en effet, que pour lire un *schéma* dentaire, une éducation spéciale est nécessaire, que n'ont pas et ne peuvent pas avoir les parents que nous avons le devoir de *renseigner* d'une façon *claire* et *facilement compréhensible.*

Mon *schéma* n'a donc rien de professionnel. Il se compose d'un simple tableau, divisé horizontalement en deux parties, dont la supérieure est réservée à la *mâchoire supérieure* et l'autre à *l'inférieure.*

Dans chacune de ces parties, les dents sont désignées chacune par leur nom, imprimé en caractères ordinaires. La liste verticale commence par la 3e molaire supérieure et se termine par la 3e molaire inférieure.

Le tableau est divisé verticalement en deux colonnes, une pour la moitié droite, l'autre pour la moitié gauche de la bouche. Il en résulte trente-deux cases blanches dont chacune est réservée à la dent à laquelle elle correspond.

En regard de ce tableau existe un texte sommaire divisé en cinq paragraphes dont chacun est indiqué par un numéro imprimé en caractères gras. Ce sont :

1° Carie non pénétrante ;

2° Carie pénétrante ;

3° Racines utilisables ;

4° Racines à extraire ;

5° Tartre.

Enfin une case blanche est réservée aux *indications particulières.*

Mon schéma est exécuté sous deux formes :

1° *Réuni en volume* — moins le texte explicatif — il forme le *livre d'inspection* qui reste à l'infirmerie et dont chaque page est réservée à un élève ;

2° *Imprimé sur des feuilles détachées* et augmenté du texte explicatif, il forme la *fiche individuelle* qui est communiquée à la famille.

Et voici comment fonctionne le système :

Je commence systématiquement l'inspection par la *mâchoire supérieure* et la *dernière molaire de gauche.*

Et j'annonce à l'assistant chargé de consigner mes observations sur le livre d'inspection : « Mâchoire supérieure gauche. »

Lorsque je rencontre une dent malade je l'annonce en la nommant par son nom : « Première molaire » par exemple. Puis j'appelle simplement le chiffre qui indique sur le texte explicatif l'affection dont je crois la dent atteinte : 1, pour la carie non pénétrante ; 2, pour la carie pénétrante, etc. L'assistant n'a qu'à écrire ce chiffre dans la case correspondant à la dent que j'ai appelée.

Lorsque mon inspection m'a amené jusqu'à la ligne médiane qui sépare l'incisive gauche de la droite j'annonce « droite », et l'assistant qui avec son crayon a *descendu* la colonne *gauche* du tableau, *remonte* ensuite la colonne *droite*, en continuant à écrire simplement les chiffres que je lui dicte dans les cases que je lui nomme.

Puis j'annonce « mâchoire inférieure gauche », et l'assistant *remonte* avec son crayon la colonne *gauche* jusqu'au moment où, arrivé entre les incisives centrales, je lui annonce « droite » ; il *descend* alors la colonne *droite*.

Ce mécanisme, un peu long à expliquer, est, dans la pratique, extrêmement expéditif et simple puisqu'il ne nécessite de l'assistant aucune connaissance professionnelle et qu'il réduit son travail à l'inscription d'un simple chiffre dans une case désignée par une inscription en caractères ordinaires.

Le tableau ainsi rempli demeure à l'infirmerie, témoignage permanent des lésions reconnues lors de l'inspection, permettant de les suivre et de répondre à tout moment à une question de la famille.

L'inspection terminée, le fonctionnaire chargé de ce soin n'a qu'à reproduire sur la *fiche individuelle* destinée à la famille les chiffres figurant sur le *livre d'inspection*, et ce second travail est aussi bref que le premier.

De son côté le père de famille en recevant cette fiche et lisant, par exemple, dans la case étiquetée *première molaire supérieure gauche*, le chiffre 3 n'a qu'à se reporter

au texte imprimé en regard pour apprendre que cette dent ne pourra être conservée qu'en recevant une coiffe en or, et que l'*incisive latérale supérieure droite* marquée du chiffre 1 demande une simple *obturation*, etc.

La case : *observations particulières* permet de signaler les lésions moins fréquentes, et particulièrement celles qui ont trait aux irrégularités des mâchoires.

La lettre T inscrite à la dictée dans la case correspondante à la dent signalée, indique qu'il s'agit d'une *dent temporaire.*

Je ne crois pas qu'il soit possible d'apporter plus de rapidité, de simplicité et de clarté, à cette chose toujours difficile qui est de faire comprendre au grand public ce qui relève d'une technique et de connaissances très spéciales.

II. — *Donner à la famille tous les éclaircissements et tous les conseils qu'elle croit devoir lui demander.*

Cette seconde charge du dentiste d'un Lycée n'est que la suite naturelle de ce qui vient d'être expliqué, et je me demande comment et par qui elle sera remplie si le scindement qu'on veut pratiquer dans le service de dentiste de Lycée était réalisé. Sera-ce par le dentiste « inspecteur » qui semblera par ses explications plus précises vouloir donner des ordres au dentiste « traitant », ou bien par celui-ci qui sera alors chargé d'expliquer la pensée du premier, qu'il sera d'ailleurs libre de ne pas partager ? Il arrive fréquemment qu'à la réception de la fiche dentaire de leur fils, les parents, que l'ignorance seule avait jusqu'alors laissés négligeants, demandent des éclaircissements et des conseils plus détaillés qu'il n'a pu en être donné sur cette fiche. Ils écrivent alors au dentiste du Lycée soit directement, soit le plus souvent par l'intermédiaire de l'Administration. L'élève est convoqué à l'infirmerie, subit un examen personnel plus minutieux que le premier et l'avis demandé est formulé dans une lettre particulière. Cette charge pourrait devenir très lourde si tous les élèves l'imposaient. Dans la pratique, un petit nombre seulement recourent à ce moyen,

car il faut considérer qu'une grande partie des familles ont leur dentiste particulier, qu'une autre partie s'en rapportent purement et simplement à la science et à la conscience du dentiste du Lycée, et que malheureusement bien d'autres n'ont encore pour ce sujet qu'un parfait dédain.

Mais lourde ou légère, je pense que cette charge incombe à celui qui a l'honneur de remplir cette fonction et qu'il ne doit sous aucun prétexte s'y dérober.

III. — *Donner aux élèves tous les soins* d'urgence *dont ils ont besoin.*

Quels sont exactement les soins que *doit* aux élèves internes le dentiste d'un Lycée?

Question plus grosse qu'on ne croirait peut-être au premier abord, car si la réponse logique est simple et va de soi, il faut bien reconnaître qu'un mouvement tend actuellement à se dessiner, issu d'une part d'une tendance générale à la *fonctionnarisation* — si ce mot barbare peut être risqué ici — de la profession médicale dans son ensemble, et d'autre part de la conception que les Français se font de plus en plus d'un État-Providence qui leur assurerait toutes les choses essentielles de la vie.

Et c'est pourquoi j'ai souligné dans le titre de ce paragraphe le mot « *urgence* ».

Le dentiste du Lycée en effet doit aux internes de ce Lycée *tous les soins d'urgence* et ne leur doit *que ceux-ci.*

Par soins d'urgence il faut entendre *toute intervention nécessaire pour remédier à un état susceptible d'altérer la santé de l'enfant, ou de troubler ses études,* étant bien entendu que on ne saurait exiger de cette intervention *rien de plus que de pallier aux conséquences du mal pendant un temps suffisant pour que l'enfant puisse être mis à même de recourir à un traitement rationnel et complet.*

Les interventions qui prennent ces caractères sont de nombre assez limité. Ce sont : l'extraction d'une dent, l'ouverture d'un abcès, les pansements indiqués par les circonstances, et les obturations provisoires.

Ces opérations sont d'ailleurs les *seules* qui puissent être exécutées à l'Infirmerie dans des conditions de perfection parfaite.

Une autre considération milite en faveur de cette interprétation. C'est le principe aujourd'hui consacré en France de la *liberté* qu'a tout individu de *choisir* son médecin.

Le dentiste de Lycée ne doit donc rien faire qui puisse même de loin sembler tendre à aliéner l'indépendance de l'individu mineur que la force des circonstances oblige à s'adresser à lui.

Est-il nécessaire de faire remarquer, en face de cette prudente ligne de conduite, l'absurdité et l'iniquité d'une conception récente qui tendrait à interdire absolument au dentiste d'un Lycée de faire autre chose que de constater deux fois par an les caries des élèves et qui lui enlèverait, en particulier, le droit de donner des soins personnels à son cabinet, à ceux des élèves de cet établissement qui viendraient les lui demander?

Le dentiste d'un établissement scolaire n'est pas fait pour répartir deux fois l'an des malades chez les membres de sa profession. Il est préposé par l'Administration responsable devant les familles à la surveillance et à la direction de la santé buccale des enfants.

Les accidents susceptibles de se produire dans les bouches d'une population scolaire ont échappé jusqu'ici à la réglementation administrative et se produisent, sans respect pour les décisions ministérielles, à toute époque de l'année. Si le dentiste de l'établissement n'y doit pénétrer que deux fois par an, qui donc dans l'intervalle de ses visites décidera de l'opportunité ou de l'urgence d'un traitement? Le proviseur, le censeur, ou les surveillants? Et si l'enfant est envoyé par ceux-ci d'urgence chez le dentiste *traitant* du Lycée, que reste-t-il de la séparation qu'on prétend innover entre celui qui décide de l'opportunité d'un traitement et celui qui l'applique?

C'est donc à l'Infirmerie que le dentiste d'un Lycée doit donner aux élèves les soins d'urgence et les conseils dont ils peuvent avoir besoin. *(A suivre.)*

REVUE DES REVUES

BACTÉRIOLOGIE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par Harold Simms.

En étudiant cette question dans un long article l'auteur formule les remarques suivantes :

1° Les cas véritables de pyorrhée commencent tous sans doute au bord libre de la gencive comme une gingivite simple;

2° L'attaque de l'alvéole est une phase secondaire, mais alors celui-ci se désagrège plus rapidement que la gencive et c'est ainsi que se forment ces poches entre la racine et la gencive, caractéristique de cette maladie ;

3° Il y a une grande variété parmi les cas quant à la prédominance de la perte de l'alvéole ou de la suppuration. Les cas où il y a une grande perte de tissu sont souvent marqués par un écoulement relativement peu abondant et, d'autre part, il y a des cas sans perte de tissu perceptible, mais avec écoulement bien net. De même la présence du tartre n'est pas générale, et actuellement on ne regarde pas celui-ci comme la cause de la pyorrhée; quand il y en a, c'est presque certainement le résultat d'une gingivite précoce;

4° L'affection a une tendance marquée à attaquer les dents voisines des deux côtés et au-dessus, de sorte que quand nous voyons le malade, un grand nombre de dents sont déjà atteintes et l'on trouve toutes les phases depuis la gingivite légère jusqu'à la dénudation complète de la racine et à la perte consécutive de la dent ;

5° Complications. Souvent on rencontre un cas occasionnel quand l'état septique de la bouche est cause d'un désordre constitutionnel ; quelquefois cela peut prendre la forme d'une anémie générale et, dans tous les cas qui ont été examinés, on a constaté une diminution du nombre des globules rouges ; d'ordinaire ce n'est pas très prononcé et cela se rencontre dans d'autres affections d'origine septique.

Quelques cas de pharyngite, de laryngite et de sinusite ont été attribués à la pyorrhée, mais le plus souvent les complications prennent la forme de troubles digestifs ; il est surprenant que la dyspesie ne soit pas plus incriminée qu'elle ne l'est quand on considère la quantité énorme de matières septiques introduites dans l'organisme. La seule explication est que le patient s'immunise graduellement contre cette auto-inoculation et qu'il se vaccine contre les effets des

organismes qu'il absorbe. Cette immunité peut, bien entendu, cesser à un moment donné et alors, quand le sujet est affaibli, commence une de ces complications dont les conséquences sont graves et se terminent exceptionnellement par la septicémie et la mort. Une mort semblable est survenue à l'hôpital Guy où le sujet, atteint d'abord de pyorrhée, eut des glandes septiques dans le cou qui amenèrent la cellulite ; il s'ensuivit une pneumonie septique, une septicémie générale, enfin la mort, tout cela dû simplement à l'état septique de la bouche.

Après des recherches de plusieurs années nous commençons à admettre que la pyorrhée n'a probablement pas de microbe spécial, mais qu'il y en a un certain nombre auxquels on peut imputer des parties de la maladie, notamment les dernières. On ne peut pas trouver de microbe capable de causer l'inflammation de la gencive.

J'ai rencontré des cas où le patient avait été atteint antérieurement de rhumatismes, syphilis, diabète ou goutte, mais dans beaucoup d'autres le patient était indemne de ces affections et, à mon avis, les maladies constitutionnelles doivent seulement être regardées comme un facteur prédisposant et la cause ultime est locale.

Miller a étudié longuement la question, mais n'a pu arriver à des conclusions précises, car, s'il a trouvé des bactéries capables de provoquer des abcès chez les animaux, aucune espèce de bactérie n'était constante et, suivant les cas, les organismes étaient différents.

L'auteur expose les enseignements de la bactériologie à cet égard.

1° Examen microscopique du pus.

Du pus des parties profondes d'une poche étant déposé sur une plaque de verre, coloré avec une couleur d'aniline, monté et examiné sous un fort grossissement, on constate que les bactéries présentes sont innombrables et d'espèces infiniment variées : coccus de tout genre, bacilles, virgules, spirales, fils, avec quelques cellules de pus et même de traces de sang, staphylocoques.

Parmi les bacilles on remarque de nombreuses variétés, notamment le bacille fusiforme (long de 15 μ.). Un autre type de bactéries constamment présent, même dans les bouches saines, c'est le spirille ; s'il y a de l'inflammation, il augmente considérablement de nombre, surtout dans la pyorrhée, mais, par contre, il disparaît le premier sous l'influence du traitement et disparaît presque même avant la maladie.

Souvent ces deux espèces de bactéries coexistent ; mais la difficulté de les cultiver empêche de déterminer si elles peuvent être regardées comme la cause de la pyorrhée. Ces deux organismes ont été observés également dans les affections pseudo-diphtéritiques de la gorge ; mais pour le moment on ne peut dire qu'une chose, c'est qu'il y a

presque constamment dans le pus de la pyorrhée deux organismes qui semblent avoir le pouvoir d'amener, sur d'autres parties du corps, des changements quelque peu semblables à ceux qui sont constatés autour des dents dans la pyorrhée.

2° Expériences de culture.

Sur le grand nombre de variétés d'organismes trouvés dans le pus, la plupart ne peuvent être cultivés, quelle que soit la méthode employée. Dans un cas l'auteur a pu obtenir une culture pure de spirales ; quand la culture est jeune, les organismes ont la forme de virgules ou vibrions, mais en vieillissant ils reprennent la forme longue et tortueuse.

L'auteur a pu également dans un cas cultiver le Bac. maximus buccalis. Dans un autre cas il a pu cultiver un autre bacille court à extrémités arrondies, qui tendait, comme le spirale, à croître en longues chaînes.

Les coccus, au contraire, se développent abondamment à la culture. Quelques-uns de ceux qui forment le pus, qu'ils appartiennent à une variété ou à une autre, peuvent être cultivés dans chaque cas.

3° Expériences d'inoculation sur des animaux.

En injectant chaque bactérie séparée en l'isolant dans un animal, l'auteur a constaté que trois variétés de bacilles, en outre du bac. maximus buccalis, n'avaient pas d'effet sur les animaux, mais que le spirille tuait invariablement l'animal, bien que sans formation d'abcès.

En inoculant des coccus atypiques, dans chaque cas où il n'y avait pas déjà un des coccus communs du pus, il y en avait un de la variété atypique qui amenait un abcès bien marqué chez un cobaye.

En résumé, personne n'a trouvé de microbe spécifique et peu d'observateurs s'attendent à le découvrir. L'avis général est qu'on ne peut trouver aucun microbe capable de provoquer l'inflammation initiale ; le seul fait constaté, c'est l'association si fréquente du bacille spirale et du bacille fusiforme. Quant à la suppuration et aux diverses conséquences d'état septique il est à peu près certain qu'elles sont dues à l'influence de plusieurs types de staphylocoques sus-mentionnés.

Les effets du traitement par vaccination montrent que cette conclusion est juste.

Bien que beaucoup croient que la pyorrhée est une maladie constitutionnelle, il est hors de doute que presque tous les symptômes et complications concomitants, légers ou autres, sont dus uniquement à la quantité de staphylocoques produisant du pus qui sont invariablement présents. *(Dental Record.)*

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Formulaire. — Dans les accès aigus de pulpite, le traitement suivant, appliqué par le dentiste, pourra calmer la douleur au bout de 30 ou 40 minutes. Commencer par nettoyer la cavité mécaniquement, puis passer une boulette de coton hydrophile imbibée d'alcool à 95°, et une autre boulette imbibée d'une solution concentrée d'acide phénique neigeux. Fixer ensuite au fond de la cavité une très petite boulette de coton trempée dans la teinture suivante :

Teinture de benjoin...........	10 grammes.
Novocaïne....................	1 —

Terminer le pansement en recouvrant de la quantité nécessaire de coton imbibé de collodion sec ou de sandaraque liquide.

En outre de ce traitement externe, et surtout pour la nuit, on administrera une ou deux capsules de Trigémine, combinaison du butylchloral avec le Pyramidon, le seul hypnotique et analgésique assez puissant pour supprimer le trijumeau. (*Bulletin médical.*)

Le tantale. — Le tantale est employé de préférence à l'acier dans la fabrication des instruments de la chirurgie dentaire. On en fait l'expérience à Berlin. Ces instruments résistent à l'action des acides, ils ne se corrodent point et peuvent être exposés à l'air sans se rouiller. Ils durent plus longtemps que les instruments en acier. Ils se lavent facilement dans la soude, et on les désinfecte parfaitement en les faisant bouillir dans l'eau additionnée de soude.

Bridge Dalma. — Quand les deux points d'appui ont été préparés, une petite plaque basse est estampée et soudée à ces points d'appui. Puis, du côté buccal on meule les dents de plaque et le corps est modelé en cire. On enlève celle-ci et on en prend l'empreinte au plâtre, puis on finit l'arrière du bridge. On soude celui-ci à la base, par le dedans, puis l'on renforce les points d'appui et les faces triturantes par de la soudure. L'espace vide est bourré de caoutchouc noir et les dents sont vulcanisées. Ce bridge offre les avantages suivants : les dents n'ont pas besoin d'être mises au four et leur stabilité n'en souffre pas ; elles ne peuvent tomber, elles ne peuvent être dérangées par la mastication, car l'effort de celle-ci ne porte que sur l'or ; le bridge est très léger. (*Dent. Cosm.*)

Repassage des aiguilles hypodermiques. — Repassez à la pierre vos aiguilles hypodermiques avant chaque opération pour les intro-

duire avec moins de douleur. Comme l'aiguille se corrode davantage à la pointe, le repassage enlève toute corrosion et écarte le danger d'infection. La gencive guérit mieux après l'opération et il n'y a pas le petit point rouge qui se montre souvent après l'extraction à l'endroit où l'aiguille a pénétré. Employer une petite pierre d'Arkansas et la passer plusieurs fois sur la pointe dans le sens du biseau. (*Dent. Cosm.*)

Dent entourée d'or coulé sur une face de porcelaine découpée dans une dent de porcelaine. — Après avoir enlevé la carie de la dent à entourer, prendre un disque de carborundum et enlever tout l'émail brisé jusqu'à ce qu'on obtienne un bord parfaitement taillé sans crevasses ou rainures, ce qui se fait en actionnant le bord du disque contre la dent diagonalement. Quand la dent est préparée découper une face de porcelaine dans une dent sans cheville, ce qui se fait en quelques minutes, et la tailler de façon à pouvoir l'adapter à la dent à entourer. Cela se fait facilement en actionnant le côté du disque contre le bord qui doit s'ajuster à la dent. Découper également avec le disque des rainures en queue d'aronde sur l'arrière de la face, pour lui donner un appui solide dans l'or coulé. Monter la face sur la dent avec de la cire à inlay, enlever et investir comme à l'ordinaire et couler de l'or ou tout autre métal convenable. Cela donne un inlay très artistique et très solide. *(Dent. Cosm.)*

Plaque de caoutchouc creux. — Faire une plaque sans s'occuper de l'uni de la face linguale, vulcaniser, puis racler ou fraiser la surface sur les chevilles et ajuster aux dents ainsi qu'au travers du talon. Chauffer un morceau de cire, le presser sur la face palatale, sculpter et mettre en moufle. Après enlèvement de la cire, nettoyer la surface fraisée avec du chloroforme, puis couper un morceau de caoutchouc de dimension suffisante pour former pont sur l'arcade. Verser trois ou quatre gouttes d'eau sur la plaque, chauffer le caoutchouc et sceller avec soin tout autour du bord. Mettre la plaque dans le vulcanisateur avec l'arcade en bas, pour que la gravitation puisse aider à assurer la conformité à la face linguale. Les gouttes d'eau ainsi enfermées produiront de la vapeur, ce qui donnera une plaque creuse. (*Dent. Cosmos.*)

Traitement de la pyorrhée par la méthode Younger. — Laver d'abord la poche avec un anesthésique à la cocaïne à 1/2 o/o en se servant d'une aiguille flexible à pointe émoussée. Au bout de 2 ou 3 minutes enlever les dépôts en restant sur la même dent tant qu'il y en a. Employer pour cela les instruments de Younger. En mettant des boulettes de cire sur les manches on peut mieux diriger ces instruments et opérer plus longtemps sans se fatiguer les doigts. En laissant les instruments dans un grand bassin contenant une solution de lysol à 50 o/o, ils se stérilisent tandis qu'on opère.

Une fois les dépôts enlevés, les chasser de la poche avec un lavage stérilisant chaud, puis laver la poche avec de l'acide lactique chaux, en se servant du même genre d'aiguille que précédemment, avec une

seringue hypodermique. Avoir sous la main un certain nombre de ces seringues, de façon que quand l'une est vide on dispose de l'autre.

Après application de l'acide lactique ne plus toucher à la dent et laisser la nature faire son œuvre. Si les dépôts sont restés, ils apparaîtront au bout de deux ou trois semaines et il n'y a plus qu'une chose à faire, enlever ces dépôts.

Les dents branlantes doivent être ligaturées, bandées ou fixées d'une façon quelconque. Prendre toutes les précautions chirurgicales. Tout ce qui est de nature à favoriser l'afflux sanguin après l'opération est avantageux. Le massage est bon, avec du soufre en poudre; conseiller au patient de s'en servir. La prophylaxie est excellente.

Si une dent est très sensible, enlever la pulpe. Une pulpe très sensible empêche la gencive d'adhérer à la dent. Si le patient a avalé du pus chaque jour, lui donner quelque chose pour l'éliminer. Tout ce qu'on peut faire pour améliorer l'état général est avantageux. *(Dental Brief.)*

Confection d'un modèle de cire pour une couronne à coquille coulée. — En faisant des couronnes à coquille coulée, on peut faire aisément des coquilles de diverses dimensions en plongeant une forme huilée (bois rond poli ou tige de laiton) dans la cire coulée et en refroidissant dans l'eau. Plonger une seconde fois si on le désire. Pour retirer de la forme, pratiquer un trou d'épingle à l'extrémité pour laisser arriver l'air et tordre. En chauffant légèrement ces coquilles peuvent prendre la forme des couronnes voulues en se servant d'instruments à bout en boule pour bomber les côtés de façon à leur donner une forme convenable par les dents. Prendre une empreinte et l'articulation avec le ruban en place sur la racine. Enlever le ruban et l'ajuster soigneusement en place dans l'empreinte, mettre une couche mince de cire à l'intérieur du ruban et couler le plâtre pour faire des modèles articulant à la manière ordinaire. Quand le plâtre est dur, chauffer le ruban et on peut l'enlever aisément. Le débarrasser de la cire de l'intérieur et le replacer sur le modèle de plâtre, pour assurer l'enlèvement facile après l'ajustage de la coquille de cire, de façon qu'il s'enlève avec le dernier quand on le désire. Puis on ajuste la coquille de cire, on la scelle au ruban avec un instrument chaud et l'on modèle pour ajuster l'espace et donner un contact convenable avec les dents voisines, en faisant chauffer suffisamment la cire pour la rendre légèrement inaltérable. Quand c'est prêt, refroidir le modèle de cire et chauffer la face occlusale juste assez pour prendre l'articulation des dents articulant ensemble, ce qui se fait en formant l'articulation. L'articulateur fermé, enlever la cire en excès, faire le modelage nécessaire avec les dents fermées, puis ouvrir et finir le modelage des cuspides comme cela est indiqué par l'articulation. Avec un morceau de coton ou de vaseline polir toutes les faces et s'assurer que la cire adhère au ruban. Refroidir et enlever de l'articulateur et polir la fixation au ruban en dedans. *(Am. Dent. Journ.)*

La Trigémine. — La Trigémine est une combinaison du pyramidon avec l'hydrate de butyl-chloral. Grâce aux propriétés analgésiques

de ses composants, la Trigémine est un analgésique puissant que l'on peut considérer comme spécifique des douleurs occasionnées par la pulpite et la périodontite caractérisée par des douleurs cruciantes et lancinantes.

L'administration de 2 capsules de 0 gr. 25 chacune atténue notablement la douleur en 10 minutes et la fait disparaître totalement après dix autres minutes.

Des nombreux cas traités, il résulte que l'action analgésique de la Trigémine est supérieure à celle des anesthésiques usuels, tels que l'antipyrine, la phénacétine, l'aspirine, dont l'administration est suivie de troubles gastriques et rénaux assez importants. (*Les Nouveaux Remèdes.*)

Instruments en or durci. — Depuis peu l'or durci est employé pour les instruments de chirurgie ; ils sont plus tranchants et se corrodent moins facilement. Le durcissement s'obtient au moyen d'un métal dont on recouvre l'or. L'or pur ne peut être durci et l'on ne peut employer l'or au delà de 18 carats. L'argent convient peu pour être durci.

Cire pour couler l'or. — La cire à employer pour couler l'or doit convenir à cet usage, elle doit avoir une certaine souplesse, être tout à fait dure à la température ordinaire et ne pas s'amollir trop facilement à la température de la bouche ou à celle des doigts. Toutefois il y a inconvénient à manipuler de la cire très dure quand les bords sont en biseau ou trop aigus. Les lignes marginales doivent être rigoureusement exactes et comme il peut arriver qu'un bord tranchant mince dévie ou cède un peu si l'on n'a pas un grand soin, il est bon d'éviter de le manier. Quand en manipulant de la cire on doit façonner et sculpter ce qui ne peut être fait dans la bouche, chauffer légèrement du côté de la cavité, ne jamais fondre, porter avec soin dans la cavité et presser doucement en mettant en place, et avec la dent antagoniste mordant fortement dessus, nettoyer les bords pour les amener en contact parfait avec la dent. En ouvrant les mâchoires, traiter les bords marginaux de la même manière. Refroidir et enlever ; cela doit être parfait et il n'y a pas à craindre de changer la surface de la cavité.

Quelquefois il y a lieu d'enlever les biseaux ou des bords en saillie : le faire avec des ciseaux courbés tout en tenant la cire avec l'instrument destiné à la portée, c'est-à-dire une pointe aplatie et non une sonde ronde, parce que la cire a une tendance à tourner quand on quitte les bords du tissu. Un excavateur convient mieux qu'une pointe ronde. Ne pas trop façonner ces bords en saillie pour ne pas endommager le bord réel. On peut enlever davantage d'or quand cela peut être fait plus exactement.

Il est très aisé de friser un de ces bords de tissu et d'en faire un rouleau sur lequel le revêtement ne coule pas, de sorte qu'il se produit souvent dans l'or coulé un bord peu solide, parfois regardé comme un défaut, mais empêchant le bord de l'inlay de se mettre en place. (*Americ. dent. J.*)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'ORTHODONTIE

Le 4 décembre eut lieu à Francfort le 2e congrès annuel de la Société allemande d'orthodontie.

Environ soixante confrères avaient tenu à se rendre dans cette ville pour prendre part aux travaux tant comme auditeurs que comme démonstrateurs.

Les dentistes de Francfort étaient parmi les premiers; ils s'étaient constitués en comité de réception et ils s'en sont tirés d'une façon grandiose.

Parmi les autres confrères on remarquait : MM. Körbitz et Zielinski, de Berlin ; Jessen, de Strasbourg ; Maierhöffer, de Hambourg ; E. Herbst fils, de Brême ; Frank de Vriès, de Hollande, etc.

Les séances eurent lieu dans la salle de conférence du Carolinum, hôpital d'une splendeur et d'une propreté merveilleuses. La clinique dentaire où se firent les diverses démonstrations date déjà d'une année et cependant tout le matériel est si bien entretenu qu'on le croirait tout neuf.

Les communications annoncées étaient celles de Körbitz (Berlin), Zielinski (Berlin), E. Herbst (Brême), Wolpe, Kunert (Breslau).

Elles portaient toutes sur le sujet mis en discussion : « Les méthodes de déplacement de l'articulation et de rétention dans la classe II d'Angle ».

Tous les auteurs présentèrent divers cas par eux soignés, ainsi que des appareils de rétention qu'ils employaient.

Herbst fils décrivit un appareil qu'il emploie et qui lui a rendu de grands services. Il se compose de deux bagues fixées sur les molaires de 6 ans supérieures ; sur ces bagues viennent s'adapter à l'aide d'un tronc de cône soudé à celle-ci des vis et entre les vis et ce tronc de cône se trouve une canule d'environ 2 à 3 cent.

Au maxillaire inférieur ou supérieur même disposition, seulement les bagues sont fixées sur les canines et au lieu d'une canule, c'est un fil qui vient s'y adapter. Le fil rentre exactement dans la canule dont la longueur est calculée de telle façon que le malade mordant le maxillaire inférieur est projeté en avant et vient trouver le supérieur dans une position normale.

Quant à l'appareil de rétention de Herbst, il ne sert qu'au maxillaire supérieur, c'est-à-dire que lorsqu'il se compose de deux

arcs, l'un s'adaptant à l'arcade supérieure du côté palatin et soudé à des bagues placées sur les dents de 6 ans, mais il y a un second arc partant du même endroit et autant pour former la forme de l'arcade dentaire inférieure. Le malade mordant, les dents inférieures viennent mordre exactement entre les deux arcades placées sur le maxillaire supérieur côté palatin.

MM. Zielinski et Wolpe nous présentèrent divers modèles pris sur des malades traités et sur lesquels ils ont obtenu de très bons résultats.

M. Kunert, de Breslau, n'ayant pu se rendre à Francfort, sa conférence ne put avoir lieu au grand regret de tous les confrères présents.

M. Körbitz, de Berlin, emploie pour le traitement de ses cas la force intermaxillaire produite à l'aide de caoutchoucs.

Ces caoutchoucs partent de la canine supérieure, c'est-à-dire sont fixés à un crochet soudé à l'arc juste en face de la canine supérieure, puis ils aboutissent à un autre crochet précédé sur le tube de la bague de la dent de 6 ans. Il obtient, grâce à cette force, des résultats merveilleux.

Quant à son appareil de rétention il comprend : au maxillaire supérieur deux bagues sur les dents de 6 ans, et deux bagues sur les canines.

Sur chacune de ces deux bagues des canines sont soudées de petites canules soudées et prenant la direction des dents voisines, puis sur les bagues des dents de 6 ans sont soudés des fils, qui viennent s'adapter dans les canules des canines et entre les canines vient s'adapter un autre fil.

Au maxillaire inférieur deux bagues sur les molaires de 6 ans, deux bagues sur les canines reliées entre elles par un fil soudé à chacune des bagues et un second fil plongeant dans toute l'arcade dentaire inférieure et partant d'une des bagues de la dent de 6 ans d'un côté pour aboutir à celle de l'autre côté.

Une fois les communications terminées eurent lieu diverses démonstrations.

M. Körbitz démontra la façon de poser une bague sur les dents de 6 ans.

M. Zielinski avait apporté divers instruments qu'il trouve pratique pour l'orthodontie.

M. Herbst nous montra son appareil placé sur des modèles en plâtre.

Un dîner amical suivit les communications et réunit tous les confrères présents ; divers toasts furent portés et l'on se quitta en se donnant rendez-vous pour le troisième dimanche d'octobre 1911 à Hambourg.

RAOUL HEÏDÉ.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

NOTE SUR LE SERVICE DENTAIRE DANS LES LYCÉES [1]

D'APRÈS LA CIRCULAIRE DU 23 MARS 1908.

Un de nos confrères nous a adressé le questionnaire suivant avec prière d'y répondre. Nous lui avons fourni les réponses ci-après qui, croyons-nous, offrent de l'intérêt pour nos lecteurs.

1° Le dentiste traitant doit-il être considéré comme fonctionnaire du lycée, au même titre que le dentiste inspecteur ?

RÉPONSE. — *Généralement non.*

2° Le Proviseur doit-il transmettre au dentiste traitant le résultat de l'inspection dentaire, en lui faisant remettre les feuilles destinées à être envoyées aux parents ?

RÉPONSE. — *Le Proviseur doit communiquer aux parents la fiche d'inspection et ceux-ci font soigner par le dentiste traitant de leur choix. Il n'aurait, à notre avis, à communiquer au dentiste traitant que les fiches des internes qu'il serait autorisé par les parents à faire soigner par un dentiste de son choix.*

3° Qui doit envoyer ces feuilles et en payer l'affranchissement ? Est-ce le lycée ou le dentiste traitant ?

RÉPONSE. — *Le Lycée.*

4° Existe-t-il une formule unique pour tous les lycées, destinée à faire connaître aux parents le résultat de l'examen de la bouche de leurs enfants ?

RÉPONSE. — *Il doit en exister une, mais nous ne la connaissons pas.*

C. G.

---

1. V. *L'Odontologie* du 30 mai 1910.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le Président de la F. D. N., M. Francis Jean, nous communique la lettre suivante qu'il a reçue récemment :

ASSOCIATION DENTAIRE NATIONALE DES ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Philadelphie, 28 novembre 1910.

Mon cher collègue,

Je suis chargé par l'Association dentaire nationale des Etats-Unis d'Amérique de vous informer que, dans sa réunion annuelle tenue à Denver, le 19 juillet dernier, l'Association a adopté la résolution suivante :

« L'Association dentaire nationale des Etats-Unis d'Amérique, ayant appris l'hommage que la profession dentaire française a rendu à la mémoire d'Horace Wells, citoyen américain qui a découvert l'anesthésie, exprime par la présente sa cordiale reconnaissance du témoignage que la profession dentaire française a rendu, par l'intermédiaire de la Fédération dentaire nationale, à la mémoire d'un homme qui n'était pas seulement un Américain distingué, mais qui a été un bienfaiteur de l'humanité, et elle estime que cette grandiose manifestation des services qu'il a rendus contribuera à resserrer encore les liens confraternels qui depuis le commencement unissent les membres de la profession aussi bien en France qu'en Amérique dans une étroite amitié qui les stimulera constamment dans leur œuvre pour le profit de la profession et de l'humanité. »

Votre bien dévoué.

Pour le Comité : EDOUARD C. KIRK.

A Monsieur Francis Jean, Président de la F. D. N. française.

M. Roy, secrétaire de la F. D. I., a reçu, de son côté, la lettre suivante :

Philadelphie, 28 novembre 1910.

L'Association dentaire nationale des Etats-Unis d'Amérique m'a chargé de vous communiquer la résolution suivante qu'elle a adoptée dans sa réunion annuelle à Denver, le 19 juillet 1910.

« L'Association exprime à la F. D. I. ses remercîments cordiaux pour le grand honneur que la F. D. I. a conféré à un de ses mem-

bres distingués, le Dr G.-V. Black, de Chicago, en lui attribuant le premier prix W. Dr Miller en raison des services éminents qu'il a rendus à la profession et l'Association approuve non seulement chaleureusement cette récompense, mais la considère comme une marque de grande sympathie à l'égard de la profession dentaire d'Amérique, et aussi comme une distinction et comme un honneur bien mérité pour un de ses concitoyens. »

Avec mes respectueuses salutations.

Pour le Comité : Edouard C. Kirk.

A Monsieur Roy, secrétaire de la F. D. I.

BANQUET EN L'HONNEUR DE N. S. JENKINS

Un de nos confrères les plus réputés, N. S. Jenkins, a depuis quelques années abandonné la pratique et est venu à Paris, où il a continué ses si intéressantes recherches sur la porcelaine qui ont fait connaître universellement son nom ; il a présenté récemment à la Société d'Odontologie de Paris les résultats de ses travaux les plus récents sur la *Technique des bridges en porcelaine*, et cette communication, qui figure en tête du présent numéro, montre avec quelle persévérance et quel soin il poursuit ses recherches en vue de perfectionner cette branche si intéressante de la prothèse.

L'American dental Club de Paris avait décidé, ainsi que nous l'avons annoncé, d'offrir un banquet à M. Jenkins à l'occasion de son soixante-dixième anniversaire et avait convié la Société d'Odontologie, l'Ecole dentaire de Paris, l'Association générale des dentistes de France et la Fédération dentaire nationale, qui décidèrent de s'associer à cette manifestation professionnelle et y envoyèrent des délégations.

Un très grand nombre de confrères de tous les pays avaient répondu également à l'appel de l'American dental Club et vinrent d'Amsterdam, de Bruxelles, de Berlin, de Dresde, de Londres, de Madrid, de Naples, de Vienne, etc., etc., pour assister à ce banquet. De très nombreux toasts furent portés au héros de la fête tant au nom personnel des assistants qu'au nom des principaux groupements dentaires d'Europe et d'Amérique qui avaient envoyé à M. Jenkins des témoignages de sympathie sous forme de diplômes, de médailles et de très nombreux cadeaux. Le peu d'espace dont nous disposons ne nous permet pas de citer la longue liste des orateurs et des sociétés ; disons seulement que MM. Siffre, pour la Société Odontolo-

gique de France ; Heïdé, pour la Société d'Odontologie de Paris ; Blatter, pour l'Ecole dentaire de Paris ; Francis Jean, pour l'Association générale des dentistes de France et la F. D. N., ont exprimé à M. Jenkins les sentiments de sympathie et de reconnaissance des Sociétés dentaires françaises pour son persévérant labeur qui fut profitable à tous les dentistes. M. Roy, au nom de la Fédération dentaire internationale et de son président M. Paterson ainsi que de son président d'honneur M. Godon, tous deux empêchés, remercia M. Jenkins du concours qu'il avait donné pendant plusieurs années à la Commission d'hygiène de la F. D. I., dont il fut le premier président.

Après toute la série des toasts, M. Jenkins répondit par une charmante allocution dans laquelle il remercia tous les orateurs et c'est au milieu du plus cordial enthousiasme que prit fin cette belle réunion qui montre comment des confrères de tous pays savent honorer ceux qui ont tenu une place marquante dans la profession.

GROUPEMENT DES ÉCOLES DENTAIRES DE PARIS

RECONNUES D'UTILITÉ PUBLIQUE.

Fête de réouverture des cours et de distribution des récompenses.

26 novembre 1909.

(Suite et fin [1].)

PALMARÈS

École Odontotechnique. — École dentaire de Paris.

SCOLARITÉ 1909-1910.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

4e Année, dite de perfectionnement.

Elèves ayant obtenu le diplôme de l'Ecole.

Épreuves théoriques et pratiques.

Session de juillet.

MM. Akif.
Bourla.
MM. Cardamicis.
Carlos Cilia.
MM. Efthyvoulidès.
Méhendiz.

3e Année.

Elèves des deux écoles (par ordre alphabétique) ayant obtenu le diplôme de ces écoles.

Session de juillet.

MM. Arnold.
Axebrourde.
Billoret.
Blanchard.
Bomet.
Bonnafoux.
Boulard.
Boutard.
Bullot.
Burklé.
Bury.
Brille.
Caillouet.
Dr Cantero Cortès.
Caritz.
Carreau.
MM. Carré.
Dr Cellonne.
Chaillou.
Chambenoit.
Mme Chennevière.
MM. Dr Coffart.
Colléoni.
Dr Coppola.
Courrouy.
Coussoumadis.
Daehler.
Mlle Dalous.
Mme Daunis.
MM. Debray.
Defrance.
Delaplanche.
MM. Détry.
Devant.
Mlle Dubac.
MM. Duneau.
Dunoyé.
Dr Favier.
Fildermann.
Franc.
Freschard.
Fuchs.
Galais.
Gastal.
Giraud.
Gloriot.
Grenet.
Mlle Grodzinska.

---

1. V. *L'Odontologie* des 15 et 30 décembre 1910.

MM. Gros.
Guyonnaud.
Guinet.
Jordan.
Kazaroff.
Mme Kudridzky.
Lambert.
Legrand.
Mlle Lemerle.

MM. Lhéritier.
Lobetzki.
Luiset.
Massonnet.
Mony.
Norroy.
Renhold.
Richard Joseph.
Richard.

MM. Robert.
Robineau.
Dr Rouveix.
Ruel.
Sémoff.
Silbermann.
Soleillant.
Trifonoff.
Verdier.

Session d'octobre.

MM. Boyer.
Hodek.

M. Dr Léon.

M. Dr Vais.

RÉCOMPENSES

École dentaire de Paris.

4e année, dite de perfectionnement.

M. Akif. — **Premier prix.**
Médaille de vermeil offerte par l'Ecole dentaire de Paris.
Une trousse offerte par la maison Jetter et Schérer.

M. Mehendiz. — **1re Mention honorable.**
Une petite boîte d'instruments offerte par la maison Ménard Vam' Os.

M. le Dr Vais. — **Prix de prothèse.**
Un bon de 30 fr. d'instruments offert par M. G. Villain.

École Odontotechnique.

3e année.

M. Fildermann. — **Prix d'excellence.**
Médaille de vermeil.
Médaille d'argent des examens théoriques.
Médaille de bronze des travaux pratiques.
Prix du Ministre de l'Instruction publique.

M. Robineau. — **1er Prix d'assiduité.**
Médaille d'argent des travaux pratiques.
Mention honorable des examens théoriques.
Prix du Ministre du Commerce.

Mme Chennevière. — **2e Prix d'assiduité.**
Médaille de bronze des examens théoriques.
Mention honorable des travaux pratiques.
Prix de la Société française.
Prix du Préfet de la Seine.

TRAVAUX PRATIQUES

Médailles de bronze.

M. Carré.	M. Defrance.

Mentions.

MM. Norroy. Zzaoui.	MM. Coffart. Favier.	M. Verdier.

Examens théoriques.

Médaille de bronze : Mlle Dubac.

Mentions.

M. Richard. Mlle Dalous.	MM. Zzaoui. Caillouet.	MM. Carré. Norroy.
Prix Ash. M. Caillouet.	**Prix Picard.** Mlle Dubac.	**Prix Urfer.** M. Norroy.

École dentaire de Paris.

3e année.

M. Delaplanche. — **Premier prix.**
Médaille de vermeil offerte par le Ministre du Commerce.
Un bon de 100 francs d'instruments offert par la maison Ash.
Un bon de 25 francs d'instruments offert par M. le Dr Sauvez.
Prix du Ministre de l'Instruction publique.

Mlle Lemerle. — **Deuxième prix.**
Médaille d'argent offerte par l'Ecole dentaire de Paris.
Un bon de 100 francs d'instruments offert par M. le Dr Godon.
Un bon de 25 francs d'instruments offert par M. le Dr Sauvez.

M. Billoret. — **Troisième prix.**
Médaille de bronze offerte par l'Ecole dentaire de Paris.
Un bon de 25 francs d'instruments offert par M. le Dr Sauvez.
Une trousse de daviers offerte par la maison Picard.

Mentions.

M. Arnold. — **1re Mention.**
Un bon de 25 francs d'instruments offert par la Société Coopérative des dentistes de France.
Un volume offert par M. le Préfet de la Seine.

M. Legrand. — **2e Mention.**
Un bon de 25 francs d'instruments offert par la Société Coopérative.

Prix de dentisterie opératoire.

M. Renhold. — **Premier prix.**
Un bon de 75 francs d'instruments offert par M. le Dr Sauvez.

M. Sémoff. — **Deuxième prix.**
Un bon de 25 francs d'instruments offert par M. le Dr Sauvez.

M. Fuchs. — **Prix du dispensaire.**
Un bon de 50 francs d'instruments offert par la Société Coopérative.

Mentions.

M. Lubetzki. — **1re Mention.**
Un volume offert par M. le Préfet de la Seine.

M. Billoret. — **2e Mention.**
Un volume offert par M. le Préfet de la Seine.

M. Fuchs. — **Prix de prothèse.**
Un bon de 100 francs d'instruments offert par la maison Reviron et Pomiès.

M. Cantero Cortès. — **Prix d'anesthésie.**
Un masque inhalateur offert par M. Miégeville.

Prix des travaux pratiques de micrographie.

Créé par M. Choquet, professeur.

MM. Gastal et Massonnet. — **Ex æquo.**
Un bon de 25 francs d'instruments offert par M. Choquet.

Services extérieurs.

Une mention est accordée aux élèves de 3e année qui ont fréquenté avec assiduité pendant leur scolarité les services dentaires extérieurs dépendant de l'Assistance publique.

Ont obtenu cette mention :

M. Arnold.
Mlle Brigouleix.
M. Delaplanche.
Mlle Flaugère.
M. Fuchs.
M. Marouzé.
M. Massonnet.
Mlle Michaud.

ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE

2e année. — Prix de Chirurgie.

Mlles Chpiro et M. Perrenoud. — **Médailles d'argent.**

Mlles Tomachewska, Funérolle, Picard, Dartiguenave. — **Médailles de bronze.**

Mlle Yofa, MM. Charlet, Fouillart, Diestchy, Arnando, Muller, Goupil des Pallières, Lhirondel, Cassagnabère, Cosson, Psaume. — **Mentions.**

Examens théoriques.

Mlles Chpiro et Yofa. — **Médailles d'argent.**

MM. Perrenoud, Psaume, Arnaudo, Diestchy. — **Médailles de bronze.**

Mlles Tomachewska, Cassagnabère, MM. Picard, Rouquette, Abel, Fouillart, Mlle Funérolle.

Prix Henri Lee.	Prix Créange.	Prix Reymond.
Mlle Chpiro.	M. Perrenoud.	Mlle Yofa.

1re année.

Travaux pratiques.

M. Miquel. — **Médaille de bronze.**

MM. Sapet, Pinot, Mlles Lambert, Kreichgauer, Schultz, MM. Delourmel, Gaffie, Hilmizadé, Mlles Gilbert, Pigornet, MM. Michaux, Lemaire, Broussolle, Girardelos, Jubault. — **Mentions.**

Examens théoriques.

MM. Margeron, Sapet, Miquel, Delourmel. — **Médailles de bronze.**

Mlle Lambert, MM. Lafleur, Girardelos, Pinot, Doubliez, Kiassim Essade, Mlles Kreichgauer, Matthey, Bromberg. — **Mentions.**

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

2e année.

M. Chastel. — **Prix du Dispensaire.**

Un bon de 50 francs d'instruments, offert par la maison Reymond frères.

M. Bergé. — **1re Mention.**

M. Davy René. — **2e Mention.**

M. Rambaud. — **Prix de Prothèse.**

Un bon de 50 francs d'instruments, offert par la maison Ash.

1re année.

Mme Gallois. — **Prix d'Excellence.**

Un bon de 50 francs d'instruments, offert par la maison Ash.

Mlle Pascarolo. — **1re Mention.**

Mlle Simon Yvonne. — **2e Mention.**

Mlle Blumenfeld. — **3e Mention.**

M. Laurier. — **Prix du Dispensaire.**

Un bon de 50 francs d'instruments, offert par l'A. G. S. D. F.

Mlle Gallois. — **1re Mention.**

Mlle Blumenfeld. — **2e Mention.**

M. Waldbillig. — **Prix de Prothèse.**

Un bon de 50 francs d'instruments, offert par l'A. G. S. D. F.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Privilèges. — Médecin-dentiste. — Appareil dentaire. — Fourniture. — Client en faillite. — Code civil, article 2101, et loi du 30 novembre 1892, article 12. — Inapplicabilité.

Les privilèges sont de droit étroit et ne peuvent être étendus par analogie. Le fait par un médecin-dentiste de fournir à un de ses clients, tombé depuis en faillite, un appareil dentaire, ne saurait à aucun titre entrer dans les prévisions envisagées par l'article 2101, paragraphe 3, du Code civil et par l'article 12 de la loi du 30 novembre 1892 pour engendrer au profit du dentiste le privilège institué par ces dispositions légales pour les seuls frais de dernière maladie.

Des travaux préparatoires et de la discussion de la loi du 30 novembre 1892, il résulte en effet clairement qu'il n'est question que de véritables maladies ayant altéré la santé du débiteur et la seule modification apportée à l'article 2101 du Code civil consiste uniquement à avoir étendu le privilège du médecin, même en cas de faillite ou de déconfiture du débiteur, alors que celui-ci n'a pas succombé à la maladie. Il ne semble donc pas possible dans ces conditions d'assimiler à une maladie la pose d'un appareil dentaire.

(Trib. Comm. Saint-Etienne, 22 déc. 1909, *Gaz. Trib.*, 7-8 février 1910.)

Autour d'un dentier.

Le tribunal civil de Briey vient de rendre un jugement qui intéressera certainement toutes les personnes susceptibles d'avoir recours aux bons offices d'un dentiste.

Il y a trois ans, un fonctionnaire de l'arrondissement de Briey chargeait un dentiste nancéien de lui faire un dentier. Le dentiste se mit à l'œuvre et présenta bientôt à son client le dentier demandé dont le prix était de 260 francs.

Au moment de la livraison de l'appareil, l'acheteur versa 200 francs.

Plus tard, il refusa de verser les 60 francs restants, prétextant que l'appareil ne lui donnait pas entière satisfaction. Le dentiste se refusa à consentir le moindre rabais, et appela le fonctionnaire en justice de paix, réclamant le reliquat du prix du dentier.

Devant cette juridiction, le fonctionnaire présenta une demande reconventionnelle de 750 francs « à titre de dommages-intérêts pour maux d'estomac provoqués par les malfaçons du dentier fourni par M. X... »

Le juge de paix se hâta de se déclarer incompétent.

L'affaire fut alors portée devant le tribunal civil, qui commença « par commettre un homme de l'art, de Nancy, pour procéder à l'examen du dentier, objet du litige ».

Cet homme de l'art, M. le professeur X..., déclara dans son rapport « que le dentier examiné par lui était conforme aux règles de l'art dentaire, mais qu'il ne pouvait dire si, au moment de la livraison, l'appareil pouvait fonctionner, étant donné les modifications qu'avait pu subir la bouche du défendeur depuis trois ans, époque à laquelle ressortait la livraison ».

Après avoir pris connaissance de ce rapport, ouï les avocats dans leurs plaidoiries, le tribunal « ne pouvant admettre qu'on discute le prix d'un dentier porté pendant trois ans », a condamné le fonctionnaire au paiement intégral dudit dentier et de tous les frais. Me G. occupait pour le dentiste.

(*Est républicain*, 25 octobre 1910.)

La responsabilité des dentistes.

Après les compresses du chirurgien, le tire-nerfs oublié du dentiste.

Mlle M. L. réclame 10.000 francs de dommages-intérêts à un dentiste parisien à raison des souffrances et du préjudice physique, résultant d'une altération générale de sa santé, que lui aurait causé l'opérateur.

Celui-ci aurait, par sa faute, oublié de retirer dans une de ses racines dentaires cet instrument professionnel appelé « tire-nerfs ».

Le dentiste conteste formellement ces allégations et affirme qu'au cours de son opération il n'a jamais fait usage d'un pareil instrument.

Cependant son ex-cliente verse aux débats des photographies radiographiques d'après lesquelles la racine de l'une de ses dents paraît contenir un corps étranger, extrêmement ténu et fin, très semblable à la pointe d'un tire-nerfs.

Le tribunal alors de statuer avant faire droit :

« Attendu que cet instrument dans la mâchoire constitue manifestement, de la part de l'opérateur, qui n'a pas eu soin de le retirer avant d'obturer la dent, une faute des plus graves, dont la demanderesse est en droit de poursuivre la réparation ;

» Mais, attendu que Mlle L. n'établit en aucune façon, quant à présent, que le dommage qu'elle a subi puisse être imputé à son dentiste... »

D'où nécessité de recourir à une enquête et de commettre un homme de l'art, M. le docteur S., avec mission de rechercher si le tire-nerfs a été réellement oublié dans la mâchoire de Mlle L. et si sa présence a causé, à cette dernière, des troubles graves.

(*Le Journal*, 2 novembre 1910.)

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. G. Fouques, vice-président de l'A. G. S. D. F., vient d'être cruellement éprouvé par la mort d'un de ses frères survenue dans un accident d'automobile.

Nous adressons à notre confrère et à sa famille nos bien sincères compliments de condoléances.

NOUVELLES

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Le Conseil d'administration a constitué son Bureau ainsi dans sa séance du 27 décembre dernier :

Président-directeur : M. Godon.
Vice-présidents : MM. J. d'Argent, L. Lemerle.
Trésorier : M. Bioux.
Secrétaire général : M. Blatter.
Secrétaire des séances : M. G. Villain.
Econome : M. Miégeville.
Conservateur du Musée : M. L. Lemerle.
— *Adjoint* : M. André.
Bibliothécaire archiviste : M. H. Villain.

A la Société de biologie.

Nous avons le plaisir d'apprendre que MM. Grimbert, professeur honoraire, et Camus, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, ont été élus vice-présidents de la Société de biologie.

Nous leur adressons nos vives félicitations.

Société des dentistes scolaires.

La Société des dentistes scolaires s'est réunie en assemblée générale à Londres le 26 septembre 1910, sous la présidence de M. Denison Pedley.

Elle a entendu une communication sur les *cliniques scolaires*, de M. E. Wallis, qui a donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part notamment MM. W. Fisk et L. Taylor.

Comité central d'hygiène scolaire belge.

Un Comité central d'hygiène scolaire vient de se fonder à Bruxelles.

Le bureau pour 1910-1911 est composé de la façon suivante :

Président : M. J. F. Pourveur, Anvers.

Vice-président : M. Van Campenhout, Bruxelles.

Secrétaire : M. Bôn, Bruxelles.

Trésorier : M. Ostenin, Bruxelles.

Les cabinets dentaires des garnisons.

En vue de ne point disperser les crédits et dans le but d'une meilleure utilisation des éléments déjà acquis, le commandant du 2e corps d'armée vient de décider que trois centres de stomatologie seulement seraient créés dans la 2e région et constitueraient des organes de garnison.

Les centres choisis ont été Amiens, Laon et Compiègne. Les cabinets dentaires de garnison de ces trois villes ont été dotés d'un matériel dit de première installation, qui sera complété au fur et à mesure des crédits alloués.

Les dentistes professionnels incorporés dans le contingent seront affectés pour ordre et dans la limite des disponibilités à ces garnisons.

Dans les autres garnisons, les meilleures dispositions seront prises pour assurer ce service.

Canton de Neuchâtel.

Les dentistes du canton de Neuchâtel (Suisse) ont adressé samedi une pétition au Grand Conseil neuchâtelois réclamant une revision partielle de la loi neuchâteloise sur la médecine et les professions qui s'y rattachent, ainsi que l'abolition du libre exercice de l'art dentaire. Cette demande est motivée par le fait que le pays est envahi actuellement par des mécaniciens et des fabricants de dentiers. Ceci se comprend facilement, Neuchâtel étant en effet, avec Glaris, Appenzell et Bâle-Campagne, le seul canton suisse ayant le libre exercice de la médecine.

Association de l'Ecole Odontotechnique.

A l'issue de l'assemblée générale du 19 décembre 1910, le Conseil d'administration de l'Association a été composé comme suit :

Président : M. le Dr Siffre.
Vice-présidents : MM. H. Lee et Maleplate.
Trésorier : M. Fontanel.
Secrétaire général : M. Bruel.
Secrétaire des séances : M. M. Frison.
Bibliothécaire archiviste : M. Barden.
Conservateur du Musée : M. Fourquet.

Société Odontologique de France.

La Société Odontologique de France a constitué comme suit son Bureau pour 1911 :

Président : M. le Dr Amoëdo.
Vice-présidents : MM. E. Fourquet, Nux.
Secrétaire général : M. R. Kern.
— *des séances* : M. Longrage.
— *adjoint* : M. R. Dubois.
— *étranger* : M. Solbrig.
Trésorier : Mme Chennevière.

Nominations et distinction honorifique.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. Louis Subirana vient d'être nommé professeur d'orthodontie et de prothèse fixe, chaire créée tout récemment à la Faculté de médecine de Madrid.

M. Subirana a reçu en même temps du Gouvernement espagnol la décoration de l'ordre civil d'Alphonse XIII pour son ouvrage *Anomalies de l'occlusion dentaire et orthodontie.*

Nous adressons toutes nos félicitations à notre confrère pour cette nomination et cette distinction honorifique.

*
* *

Notre confrère M. Luiz de Gonzaga Pacheco, de Para (Brésil), membre de l'A. G. S. D. F., a été nommé chirurgien-dentiste de l'Institut Gentil Bittencourt, qui comprend plus de 200 jeunes filles pauvres élevées aux frais du Gouvernement.



Alexis JULIEN

1850-1911

31e ANNÉE. N° 2 — 30 JANVIER 1911 — VOL. XLV

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

ESSAI DE TERMINOLOGIE DES MALPOSITIONS DENTO-MAXILLAIRES

Par LÉON FREY,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
Dentiste des hôpitaux.

(Suite.)

Angle [1] reconnaît que « les termes employés dans la description des diverses malpositions doivent être si précis » qu'ils donnent tout de suite une idée nette de la malposition à corriger ». Mais comme son unique critérium est la ligne d'occlusion, il néglige les autres éléments du problème et son langage s'en ressent. Il dit par exemple : une dent est-elle en dehors de la ligne d'occlusion ? elle est en occlusion buccale ou labiale ; en dedans ? elle est en occlusion linguale. Mais il ne spécifie pas si c'est par *latéroversion*, par *latérogression* avec *latérotrusion*, par *latéro-hypergnathisme* ou par *atrésie*, nous ignorons tout de cette malocclusion frontale suivant l'expression de de Névrezé. Prenons un cas d'occlusion linguale, est-ce par latéro-version de la couronne seule ? est-ce par latéro-gression de la dent entière ? Y a-t-il latéro-trusion de l'alvéole ? est-ce par atrésie maxillaire au niveau de cette dent ? autant de points non éclaircis.

1. ANGLE : *in orthodontie manuel de dentisterie opératoire de Kirk*, trad. Dr Lemière.

Angle ajoute : si la dent s'avance anormalement en avant, du côté mésial, elle est en occlusion mésiale, si elle est du côté opposé, elle est en occlusion distale. Mais cette malposition sagittale (de Névrezé) est-elle due à une antéversion coronaire ? à une progression ou à une régression de la dent entière? avec protrusion ou rétrusion alvéolaire? est-elle due à un prognathisme ou à un rétro-gnathisme maxillaire? à un proglissement ou à un rétroglissement temporo-maxillaire?

Tous ces éléments qui complètent le diagnostic ne sont pas spécifiés.

Enfin Angle termine par les dents qui, insuffisamment sorties de leurs alvéoles, seront dites en infra-occlusion, et celles trop élevées dites en supra-occlusion. Il s'agit ici de la catégorie des malpositions verticales de de Névrezé. Mais nous ne savons en aucune façon dans l'infra-occlusion s'il y a ingression de la dent entière avec hypotrusion alvéolaire ; dans la supra-occlusion s'il y a égression dentaire ou hypertrusion alvéolaire ; enfin dans ces deux malpositions le maxillaire n'entre-t-il pas en ligne de compte pas hypergnathisme, par hypognathisme ? Voilà ce que notre éminent maître ne détermine pas.

Dans la classe II « toutes les dents inférieures, dit-il, se » trouvent entraînées à une occlusion distale, d'où une ré- » tropulsion de toute la mâchoire inférieure » ; comme il est évident ici qu'une terminologie insuffisante entraîne un diagnostic incomplet ! il y a occlusion distale, mais, n'est-ce que par rétro-glissement mandibulaire suivant l'hypothèse d'Angle ? ne peut-il y avoir retrognathisme mandibulaire ? ou simplement régression dentaire inférieure ? ou encore *avec une mandibule normale* progression dentaire supérieure ? protrusion supérieure ? prognathisme supérieur ? ou une malposition plus complexe encore provenant à la fois et du haut et du bas et cependant *toujours avec une occlusion distale ?* que de questions que le professeur Angle laisse sans réponse [1]. Et quand il vient à développer

1. Occlusion distale ne veut d'ailleurs rien dire ; comme l'a fort bien remar-

les divisions et subdivisions de sa classe II, si importante, nous sommes frappés par la confusion des symptômes, ce qui tient à la non-distinction des différents sens (mais je ne veux pas insister ici sur ce point) et aussi à l'impropriété des termes employés, « incisives supérieures allongées et sail- » lantes » « lengthened and protruding upper incisors » pour dire probablement en antéversion avec égression, mais elles peuvent être en simple protrusion avec extrusion ; « incisives inférieures allongées et la lèvre inférieure vient » se placer comme un tampon entre les incisives supérieures » et inférieures augmentant la protrusion des premières et » le retrait des dernières » ; ces incisives inférieures sont-elles en égression ? ou en extrusion ? la protrusion des incisives supérieures, n'est-ce pas plutôt leur antéversion ? le retrait des incisives inférieures est-ce leur rétroversion coronaire avec plus ou moins de protrusion alvéolaire ? est-ce leur régression totale ? On le voit aucun point de la description d'Angle n'est bien défini, sauf en ce qui concerne l'occlusion, base de la classification.

Je pourrais multiplier encore les exemples [1], mais il suffit. D'ailleurs je tiens à le redire, il n'en reste pas moins établi que le professeur Angle, le premier, a commencé à mettre quelque clarté dans le fouillis symptomatique des malpositions dento-maxillaires et qu'en thérapeute digne de toute notre admiration, ses interventions ont souvent remédié d'elles-mêmes à des symptômes que sa description clinique avait insuffisamment spécifiés ; tel le médecin qui en s'attaquant à des troubles fonctionnels respiratoires et rénaux, régulariserait un cœur asystolique.

Case qui s'est attaché beaucoup plus qu'Angle aux relations des dents avec l'esthétique faciale [2]. qui a donc envisagé

---

qué de Névrezé : l'occlusion est un rapport qui doit être exprimé par un rapport : il faut donc dire occlusion $\frac{\text{disto}}{\text{mésiale}}$.

1. C'est ainsi que dans la classe III (malocclusions mésiales) nulle part il n'y a trace des considérations anatomiques indispensables pour spécifier s'il y a protrusion alvéolaire, prognathisme osseux, proglissement articulaire.

2. Calvin S. Case. *Développement de l'esthétique faciale, in traité de Kirk*, trad. Dr Lemière.

la question des malpositions d'une façon plus large, plus complète, est obligé d'employer un langage plus fourni et déjà plus précis, mais on ne le sent pas encore établi d'une façon solide et définitive, les mots protrusion, propulsion, inclinaison labiale d'une part, rétrusion, inclinaison linguale d'autre part, sont employés indifféremment l'un pour l'autre. C'est ainsi que, page 821, notre éminent confrère fait la remarque suivante, capitale au point de vue de l'exactitude diagnostique et que pour cette raison je transcris entièrement : « dans l'étude du profil nous observons souvent un » manque de proportions harmonieuses dans la position du » menton. La mâchoire inférieure paraît soit trop en avant, » soit trop en arrière, de manière à troubler la perfection » esthétique de la physionomie. Mais que ces mêmes profils » soient examinés par un observateur expérimenté, il trou- » verait dans la majorité des cas que la mâchoire infé- » rieure est en parfaite harmonie avec la zone non modi- » fiable [1] et que l'apparence de cette malposition était une » *illusion due à la propulsion ou à la rétrusion de la* » *mâchoire supérieure et des dents supérieures.* » Cette remarque de Case dénote une sagacité clinique étonnante, mais comme on regrette l'imprécision de langage qui lui fait employer le mot de propulsion de la mâchoire supérieure comme si cette dernière pouvait être d'un bloc poussée en avant ! et à cette propulsion qu'oppose-t-il ? une rétrusion de la mâchoire supérieure et des dents supérieures ! rétrusion devient le contraire de propulsion ! j'admettrais au moins rétropulsion ; et ce mot rétrusion s'applique aussi bien à la mâchoire supérieure elle-même qu'à ses dents et à ses alvéoles.

Je me demande s'il ne serait pas plus logique de dire : une *illusion due à la protrusion alvéolaire supérieure avec progression dentaire, ou à la rétrusion alvéolaire supérieure avec régression dentaire.*

---

1. Case fait entrer dans la zone non modifiable, le front, la partie supérieure du nez, les proéminences malaires.

Plus loin Case parle de l'inclinaison labiale ou linguale des couronnes dentaires ; n'est-il pas préférable d'employer les vieux mots d'antéversion et de rétroversion ? Par ailleurs il signale la protrusion de la zone apicale, ce qui est bien puisqu'il s'agit de la région alvéolaire, mais deux lignes plus bas ce même mot protrusion s'applique à la saillie des lèvres, ce qui me semble nuire à la clarté d'une description scientifique.

A la fin du chapitre, Case traite du prognathisme « réel » du maxillaire inférieur ; ce pauvre mot de prognathisme a été tellement employé en clinique et aussi en anthropologie dans les acceptions les plus différentes et les plus variées qu'il faut le fortifier d'un qualificatif. Si les auteurs ne s'en étaient servis que pour spécifier le *développement exagéré d'un maxillaire, dans sa portion basilaire et dans le sens sagittal ou antéro-postérieur,* le mot prognathisme aurait gardé un sens simple et on n'aurait pas besoin de l'accompagner des adjectifs *réel et virtuel.*

Ceci dit, je puis ne faire à présent qu'une critique terminologique rapide de la classification de Case [1].

Dans le groupe I des malpositions dentaires intitulées intrusion et extrusion, l'auteur ne spécifie pas les cas d'ingression et d'égression.

Dans le groupe II (malalignements) est-ce par gression, trusion ? nous l'ignorons.

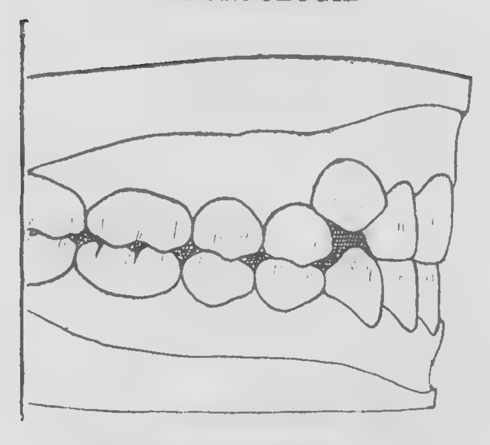
Dans le groupe IV (arcades rétrécies, élargies) quels sont les éléments de ce rétrécissement, de cet élargissement ? dents ? alvéoles ? portion basilaire ?

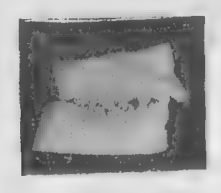
Dans la classe I des malpositions maxillaires, les maléruptions, des canines sont des latéro-gressions vestibulaires avec hypotrusion, p. 272. (Voir figure.)

Dans la classe II, type A, la protrusion des dents labiales supérieures est une progression de ces dents avec antéversion des incisives, p. 286. (Voir figure.)

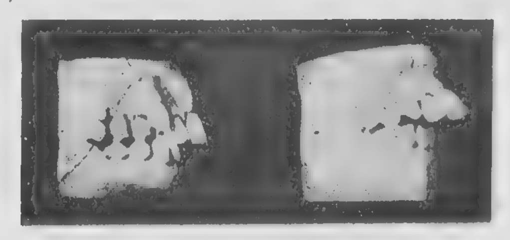
---

1. Practical Treatise on the technics and principles of Dental Orthopedia by Calvin S. Case, Chicago, 1908.





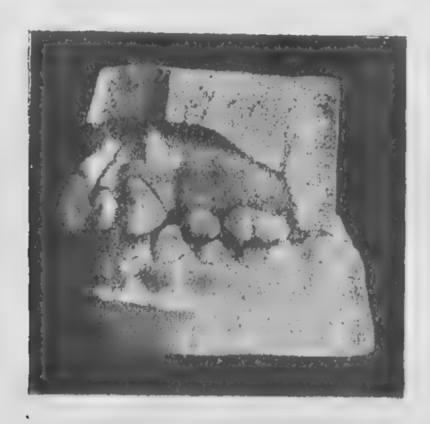
Dans la classe II, type B, la protrusion des couronnes de la denture supérieure est une progression de toutes les dents du haut avec antéversion des six dents antérieures, p. 287. (Voir figure.)



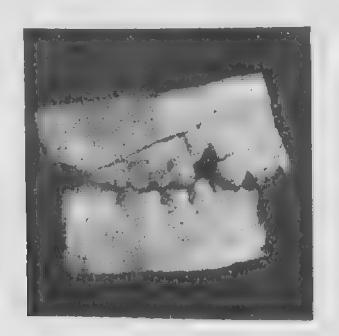
Dans la classe II, type C, la protrusion des couronnes et des racines des dents supérieures répond à une progression de celles-ci avec protrusion et antéversion incisive, p. 291. (Voir figure.)



Dans la classe II, type D, la protrusion des couronnes et la rétrusion des racines des dents labiales supérieures correspond à une progression d'ensemble avec antéversion coronaire incisive et rétrusion apicale, p. 298. (Voir figure.)

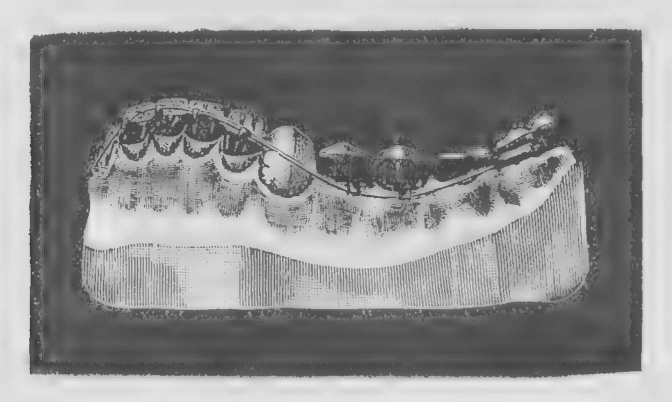


Dans la classe II, type E, la protrusion des racines des dents labiales supérieures est représentée dans la *figure 13, p. 302*, par une progression d'ensemble, une protrusion alvéolaire des dents labiales avec rétroversion coronaire des incisives médianes. (Voir figure.)

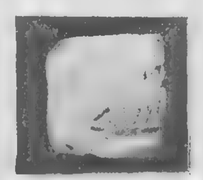


Dans la classe III dont les types A. B. C. sont caractérisés par $\left\{\frac{\textit{protrusion du haut}}{\text{rétrusion du bas}}\right\}$ et ne varient que selon le degré de la malformation, Case ne spécifie pas ce qu'est sa rétrusion inférieure ; est-ce une simple rétroversion coronaire incisive? une rétrusion alvéolaire ? une régression de toutes les dents inférieures ? un rétroglissement ? y a-t-il rétrognathisme ? Nous l'ignorons.

Le type D de la classe III est intitulé *close bite malocclusion.* On peut s'étonner de prime abord de voir ce type de malposition verticale dans une classe qui jusqu'alors n'a compris que les malpositions sagittales. Mais passons. Quels sont les éléments de cette malocclusion? *la figure 25 page 319* indique sur la mandibule une *hypotrusion des molaires* et une *hypertrusion des incisives.* (Voir figure.)



Dans la classe IV, type A, la rétrusion des dents du haut est une régression de toutes ces dents, p. 326. (Voir figure.)



Dans la classe IV, type C, la contraction de l'arcade supérieure entière est caractérisée selon la *figure 40, page 342* par la rétrusion incisive, l'hypotrusion canine, la latéro-gression palatine des prémolaires. (Voir figure.)



Dans la classe IV, type D, intitulée rétrusion des dents du haut avec protrusion des dents du bas, j'interprète plus complètement la *figure 43 page 345* en disant :

« Haut { Latéro-gression palatine des prémolaires. Hypotrusion des incisives et canines (entraînant la béance).

Bas { Progression des incisives. Canines » (voir figure).



Le type E de cette classe IV (rétrusion du haut, avec prognathisme mandibulaire) a été admirablement décrit par Case dans ses figures 49 et 50.

Dans la classe VII (malocclusion par béance) les éléments étiologiques sont insuffisamment décrits ; sans parler du nanisme incisif si exceptionnel.

J'aurais voulu voir spécifier :

- Du côté de la région incisive :
  - L'hypotrusion incisive.
  - ou
  - L'hypognathisme incisif.
- Du côté des molaires :
  - (Toujours sans insister sur le géantisme possible des molaires) citons :
  - L'hypertrusion de celles-ci
  - ou
  - Leur égression
  - ou
  - L'hypergnathisme de la ré-région molaire.

Je tiens encore à faire remarquer, que je n'ai pas dans ce travail à faire la critique de la classification de Case, j'interprète seulement le langage employé et j'en montre l'insuffisance.

Malgré toutes ces incertitudes terminologiques que je viens de signaler chez Case, il n'en faut pas moins admirer son remarquable effort de précision clinique, basé sur une méthode d'observation large et rigoureuse.

Aussi est-ce Case qui a inspiré un grand nombre des termes de la classification de de Névrezé, quelques-uns de ceux de Georges Villain, et il y a quelques mois (séance du 20 décembre 1909), c'est au langage de Case que notre jeune et distingué collègue Bozo a donné la préférence pour baptiser l'observation qu'il présentait à la Société de stomatologie sous le titre suivant « protrusion du maxillaire supérieur avec rétrusion du maxillaire inférieur ».

J'en arrive maintenant à un travail [1] considérable de mon distingué collègue Georges Villain, où il a traité à la fois les deux problèmes de la terminologie et de la classification. Je n'aborderai ici que le premier ; je dois à G. Villain une étude critique ultérieure concernant le deuxième [2].

Notre confrère a eu le très grand mérite d'établir une distinction entre les différents éléments qui constituent le chapitre des malpositions.

D'une part les dents et leurs arcades dont les rapports anormaux font l'objet de *l'orthodontie*, d'autre part les maxillaires proprement dits et la face, dont les rapports anormaux font l'objet de *l'orthopédie dento-faciale.*

Mais après cette tentative d'éclaircissement pour les faits, je n'en vois aucune de suffisante pour les mots, car l'erreur primordiale de Villain sur un terrain encore plus étendu que celui envisagé par Angle et Case, réclamant donc une tactique beaucoup plus serrée, ç'a été de confondre les deux

---

1. *L'Odontologie*, janvier, février, mars 1909.
2. Cette étude comportera en même temps ma réponse personnelle à sa critique de notre travail, à de Névrezé et à moi, sur les « malpositions verticales par exagération de la distance naso-maxillaire ».

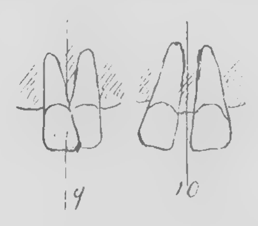
problèmes dont il poursuivrait la solution : la terminologie, puis la classification ; il a analysé les faits cliniques comme peu d'autres l'avaient fait avant lui ; mais au lieu de pousser encore plus loin cette analyse du fait en soi par arriver au mot précis, il éprouvait une hâte fâcheuse de classification ; il a fini par faire un mélange de terminologie et de classification, qui nuit absolument à la clarté de son mémoire ; à mesure que G. Villain entre plus avant dans son sujet ; qu'il envisage des cas plus complexes, son lecteur a de plus en plus de mal à le suivre et le défaut que je signalais va s'accentuant ; je lui en voudrais presque encore de l'entorse cérébrale qu'il m'a infligée en particulier à la page 216 de son travail, si je n'avais pas pour son superbe effort d'éclaircissement la gratitude du confrère qui s'en est largement servi.

Voyons donc les termes proposés par Villain ; prenons le mot version : j'aurais aimé qu'il fît, lui, à propos des versions radiculaires, la distinction que j'ai cru devoir établir au début de ce travail, pour rester dans la vérité clinique et ne pas faire de l'absolutisme théorique.

Il définit l'antéversion « une anomalie de direction d'une dent dont l'axe est oblique en dehors de l'arcade par rapport à celui de ses voisines ». Mais alors une prémolaire dont l'axe est oblique en dehors de l'arcade, dans le vestibule, est-ce une antéversion ? et le préfixe *anté* ne veut pas dire en dehors ; Villain lui-même quelques lignes plus haut reconnaît qu'étymologiquement le mot antéversion signifie, incliner en avant. De même le préfixe rétro n'a jamais signifié en dedans, suivant la définition de Villain pour la rétroversion « axe oblique *en dedans* de l'arcade ». Voilà donc des dénominations qui pèchent par leur base ! De même encore le préfixe *latéro* ne spécifie pas une direction toujours mésio-distale, suivant la définition de l'auteur pour la latéro-version « anomalie de direction d'une » dent dont l'axe est oblique dans une direction mésio- » distale par rapport à la direction normale de ses voisines ». Une latéro-version, suivant la dent à considérer, est jugale,

vestibulaire, palatine, linguale, labiale, labiale à droite ou à gauche.

Sur *la figure 9 de Villain, page 61* (voir figure), il s'agit d'une incisive médiane supérieure droite, en latéro-version labiale gauche ; *sur la figure 10* (voir figure), d'une latéro-



version supérieure labiale droite. Une prémolaire ne peut être qu'en latéro-version, jugale ou palatine ; si cette dent, suivant le langage de Villain, se trouve en latéro-version coronaire mésiale, ce n'est plus une latéro-version mais une antéversion ; ce préfixe latéro le gêne d'ailleurs tellement, qu'à la fin de la page 73, il l'a supprimé ! !

Quand la dent entière se trouve déviée, mais suivant un axe parallèle à l'axe de toutes les autres dents — ce que Villain appelle une anomalie de siège — il emploie le radical trusion, mais alors, il sera bien embarrassé — (et c'est ce qui lui arrive plus loin) — pour dénommer les déviations alvéolaires, par exemple page 265 le mot trusion s'applique tout à coup à l'arcade et pour l'anomalie de siège de la dent, il emploie les termes bizarrement associés de projection rectiligne postérieure, projection rectiligne antérieure !

Avec une pareille base de classification (*préfixes erronés,* un radical qui confond les dents et l'arcade alvéolaire) nous ne pouvons que constater pour les cas cliniques plus ou moins complexes, un langage qui sort mal, ne rend pas l'idée de son auteur ; et cependant on sent fort bien qu'il est très rompu à la conception des *malpositions les plus compliquées,* à la suite d'observations très complètes.

Il dit par exemple « malocclusion mésiale en mésio-anté-

» version, lorsque les dents antérieures sont en antéversion » tandis que les dents postérieures sont en rapports mé- » siaux avec leurs antagonistes ». Le mot mésio veut spécifier ces rapports mésiaux postérieurs, c'est insuffisant ; je traduirais : *malocclusion* $\frac{\text{disto}}{\text{mésiale}}$ *par progression des dents postérieures avec antéversion incisive, le bas étant normal.*

De même plus loin « la malocclusion distale est en disto- » rétroversion lorsque les dents antérieures sont en rétro- » version, tandis que les dents postérieures sont en rapports » distaux avec leurs antagonistes. » J'avoue préférer la traduction suivante *malocclusion* $\frac{\text{mésio}}{\text{distale}}$ *exagérée par régression des dents postérieures avec rétroversion incisive, le bas étant normal.*

Enfin pages 215, 216, je cite le paragraphe suivant: « malocclusion mésio-distale simultanée des deux arcades » lorsque l'une des arcades est en relation mésiale à la nor- » male avec l'arcade opposée, laquelle est en position » distale à la normale (l'arcade radiculaire pouvant être con- » sidérée comme normale dans ses rapports avec le maxil- » laire.) Dans ce cas les dents antérieures peuvent présenter » des anomalies de direction opposée à celle des molaires; » exemple : l'arcade inférieure étant en malocclusion dis- » tale, tandis que l'arcade supérieure est en malocclusion » mésiale, les dents antérieures supérieures pourront pré- » senter de la rétroversion et nous pouvons dire qu'il y a » mésio-rétroversion et réciproquement il peut y avoir disto- » antéversion. » Je propose pour cet exemple indiqué par Villain la traduction suivante en empruntant la méthode des rapports de de Névrezé :

Sur { *Progression des dents postérieures avec rétroversion incisive.*
——————————
Régression des dents postérieures avec antéversion incisive.

Je dis bien gression puisque Villain a considéré l'arcade

alvéolaire comme normale dans ses rapports avec le maxillaire.

Au contraire dans la troisième partie de son mémoire (*Odontologie*, page 262) il classe une mésio-protrusion bi-arcade, une disto-rétrusion bi-arcade, il s'agit pour les deux mâchoires de *progression généralisée de toutes les dents, avec protrusion, de régression généralisée de toutes les dents avec rétrusion.*

Nous constatons toute la difficulté qu'éprouve notre collègue avec le radical trusion, qu'il voulait d'abord appliquer à une anomalie dentaire de siège, mais qu'il appliqua ultérieurement à l'arcade alvéolaire, l'anomalie dentaire restant indiquée par le préfice insuffisant de mésio ou disto. J'ai proposé les deux radicaux trusion pour l'arcade et gression pour les dents et le langage me paraît en être très-éclairci.

A propos des malocclusions linguo-vestibulaires (sens frontal de de Névrezé) et des « malocclusions occlusiales » selon l'expression même de Villain (sens vertical de de Névrezé) je lui fais le même reproche que je faisais plus haut à Angle, il ne spécifie pas à quel genre d'anomalie, dans le sens frontal d'une part, dans le sens vertical d'autre part, anomalie *dentaire* ou *alvéolaire* ou *maxillaire* correspond la malocclusion ; il fait de la classification sans en définir les éléments. Aussi quand il entre dans les détails cliniques d'un cas qu'il a préalablement classé est-il intéressant de faire la remarque suivante : sa classification est fausse et les détails cliniques sont au contraire très bien observés : qu'on se reporte à ses figures 19A, 19B, 19C, page 223, elles représentent dit-il, « un cas *d'inocclusion et de surocclusion simultanés d'une même arcade* » et cependant l'auteur reconnaît qu'il s'agit d'une simple « propulsion » (je dirais « proglissement ») de la mandibule. Il ne spécifie pas d'ailleurs les anomalies dans les trois sens qui pourraient expliquer ce proglissement.

De même les figures 15, 16, 17, page 222 ; 28 et 29, pages 269 et 270 me semblent justiciables de quelques critiques

concernant la classification, j'aurai l'occasion d'y revenir dans une prochaine étude.





Quand il arrive aux anomalies des portions basilaires des mâchoires, Villain, avec un grand sens clinique, éprouve le besoin d'éclaircir ce fameux mot de prognathisme, employé dans des acceptions tellement variées par les anthropologistes et par les médecins qu'il en arrive à n'avoir plus un sens défini. Aussi Topinard proposant pour l'anthropologiste le mot de *prognathie*, Villain voudrait réserver pour le médecin celui de *prognathisme* et il a raison mille fois. Mais alors pourquoi, après avoir établi cette scission par les mots entre l'état normal d'une part,

dont les variabilités de races, de familles regardent l'anthropologiste, et l'état pathologique d'autre part qui regarde le médecin, pourquoi écrit-il « le prognathisme est l'exagération de la prognathie »?

La prognathie (de l'anthropologiste) concerne la saillie maxillo-dentaire dans son ensemble (dents, alvéole, portion basilaire) et le prognathisme ne doit concerner — et Villain y insiste à la page suivante — que la portion basilaire, extra-alvéolaire des mâchoires. Sa phrase reste donc cliniquement inexplicable, puisqu'il ne veut pas que le prognathisme puisse être confondu avec sa « mésio-protrusion » ni avec sa « mésio-antéversion ».

Plus loin il ajoute que le prognathisme peut être dû à une malformation de la cavité glénoïde consécutive à une malocclusion ; mais alors c'est la « propulsion » de Villain lui-même, c'est mon « proglissement » et ce n'est plus du prognathisme.

De même il écrit l'opistognathisme peut être dû à une malformation secondaire de la cavité glénoïde, à des habitudes vicieuses (suceur de pouce, de lèvre), mais alors c'est de « rétro-glissement » mandibulaire qu'il s'agit et non d'opistognathisme.

Quant au terme « diduction » proposé par mon confrère, je lui préférerais celui de « latéro-glissement » qui me semble satisfaire mieux l'esprit.

Telles sont les remarques terminologiques que je tenais à faire ici à mon ami Georges Villain ; on voit combien la lecture de son travail, que j'admire tout en le critiquant, m'a été utile à moi-même, je puis dire que c'est à lui pour l'analyse clinique, à de Névrezé pour la méthode générale d'examen, que je dois d'avoir pu établir la terminologie que je soumets à mes confrères.

Prenons, pour finir, notre mémoire sur « les malpositions verticales par exagération de la distance naso-mentonnière » ; de Névrezé et moi avons employé l'an passé des expressions qui demanderaient à être éclaircies : dans l'observation 1 l'hypertrophie des procès alvéolaires, c'est de

l'hypertrusion; dans l'observation 2 l'infra-occlusion des incisives supérieures est due à de *l'hypotrusion ;* dans l'observation 3 la hauteur considérable de la mandibule au niveau de la ligne médiane, c'est de *l'hypergnathisme* avec *hypertrusion ;* dans l'observation 9 l'extrusion des dents inférieures, c'est de *l'égression ;* dans l'observation 10 nous disions réduction frontale supérieure du diamètre intercanin, c'est insuffisant, il fallait établir si c'était par *latéro-version, latéro-gression, latéro-trusion, par atrésie (latéro-hypognathisme).*

Notre infantilisme mandibulaire aurait besoin d'être spécifié avec les préfixes { Rétro gnathisme. / Latéro hypo gnathisme. / Hypo gnathisme.

Dans le même ordre d'idées, lisez la discussion toute récente à la Société de chirurgie (19 octobre 1910) d'un cas d'ankylose de la mâchoire inférieure ; à ce propos le professeur Kirmisson parle de la difformité caractéristique de la face (*Vogelgesicht des Allemands : profil d'oiseau*) causée par le retrait de la mâchoire inférieure atrophiée ; le retrait c'est le rétrognathisme, l'atrophie c'est le latéro-hypognathisme, il s'agirait donc de rétro-latéro-hypognathisme. Kirmisson signale l'opération de Von Eiselsberg : section en « marche d'escalier » au niveau du corps du maxillaire inférieur, puis, dit-il, « après traction exercée sur les deux fragments ainsi dissociés, les extrémités fragmentaires sont réunies entre elles par la suture et il en résulte un élargissement de la mâchoire inférieure », j'avoue ne pas comprendre cet élargissement ; l'opération ne me semble agir que dans le sens sagittal pour atténuer le rétrognathisme grâce à un mouvement de prognathisme.

Par tout ce qui précède, on constate comme la précision terminologique sert de base à la précision clinique.

Nous possédons actuellement une bonne méthode d'examen, nous connaissons les trois axes et la parabole dentaire, il nous faut encore des procédés pratiques de mensurations ;

et alors la classification des malpositions dento-maxillaires se fera pour ainsi d'elle-même, leur thérapeutique tout à fait rationnelle n'en sera que plus active, plus parfaite. Toutes deux, elles auront été précédées d'une étude fouillée « des faicts de nature et de l'estat humain ».

Tous, nous reconnaissons la complexité de ces faits, elle est telle qu'elle paraît quelquefois inextricable.

Commençons donc par nous comprendre ; nous vous soumettons une proposition de langage, il n'a rien d'inédit, c'est une simple mise au point terminologique établie sur l'anatomie et la clinique. Je souhaite qu'il contribue à l'entente orthodontique, ici comme partout le mieux est toujours de s'entendre.

Tous ceux qui font de l'orthodontie, de l'orthopédie dento-faciale, tous ceux qui s'intéressent aux problèmes pathologiques, peut-être même anthropologiques, qu'elles soulèvent, seront, j'en suis sûr, de cet avis.

MA TERMINOLOGIE APRÈS PLUSIEURS ANNÉES D'ESSAI

Par G. VILLAIN,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Dans ma méthode d'observation je préconise l'ordre suivant :

1° Détermination exacte de la malposition.
2° — précise du mouvement à effectuer pour corriger cette malposition.
3° — de la force susceptible de produire ce mouvement.
4° — du point d'application de cette force sur les organes à déplacer.
5° — des points d'appui de cette force.

La détermination exacte de la ou des malpositions, exige l'emploi d'une terminologie précise et indique dans quelle classe entre l'anomalie ou les anomalies à traiter.

Terminologie et classification doivent donc procéder d'une même méthode d'observation.

Cette méthode je vous l'ai indiquée il y a 26 mois, elle est basée sur l'examen des rapports des organes entre eux. Ces rapports ne doivent pas être considérés comme des proportions mathématiques rigoureusement exactes, mais comme les proportions des diverses parties concourant à l'harmonie d'un ensemble.

Ma méthode d'observation que je pratique depuis plus de quatre années m'a conduit à l'essai d'unification des terminologie et classification que j'ai publié il y a deux ans. Je ne reviendrais pas sur les raisons qui me firent entreprendre ce travail, je les ai alors longuement exposées.

Aujourd'hui je tiens à vous entretenir des quelques modifications que l'expérience m'a fait apporter à ma terminologie et qui ne touchent ni aux termes importants (radicaux) ni à la forme de classement. Elles sont la simplification par la soustraction d'un certain nombre de termes généraux pour la plupart des préfixes que je juge inutiles. Vous trouverez ci-contre le tableau de ma terminologie. *(A suivre.)*

			RADICAL	PRÉFIXE		
DENTS	Anomalies de direction	Mouvement autour d'un axe horizontal passant par un point quelconque de la dent.	*Version*	Vestibulo Linguo Mésio Disto	(Ex-arcade) (Sur arcade)	Coronaire ou radiculaire.
		Mouvement autour d'un axe vertical.	*Rotation*			
	Anomalies de siège	Mouvement rectiligne (parallèle à l'axe des dents voisines).	*Trusion*	Id.		Totale. Coronaire et radiculaire.
	Anomalies d'occlusion	Mouvement vertical sur axe normal.	*Occlusion*	In Sur	(En-deçà de la ligne d'occlusion) (En-delà de la ligne d'occlusion)	Totale.
ARCADES DENTAIRES	Anomalies de rapport	D'arcade / sur arcade.	*Malocclusion*	Vestibulaire. Linguale. Mésiale. Distale. Occlusale	(In-occlusion). (Sur-occlusion).	
ARCADES ALVÉOLAIRES	Anomalies de rapport	D'arcade / avec maxillaire.	*Version*	Mésio-anté Disto-rétro Mésio-disto Disto-mésio		Coronaire ou radiculaire.
			Trusion	Id.		Totale.
MAXILLAIRES	Anomalies de rapport	Du maxillaire / avec face.	*Gnathisme*	Hyper Hypo	Pro; rétro ou opistho. Latéro. Vertico.	
		Dues à un mouvement articulaire.	*Pulsion*	Pro. Rétro. Latéro diduction).		

LE SERVICE DENTAIRE AU LYCÉE JANSON-DE-SAILLY

Par G. Mahé,

Dentiste des Hôpitaux et du Lycée Janson.

(Communication au IIIe Congrès international d'hygiène scolaire.)

(Suite et fin.)

C'est donc à l'Infirmerie que le dentiste d'un Lycée doit donner aux élèves les soins d'urgence et les conseils dont ils peuvent avoir besoin.

Une fois par semaine par conséquent, à jour et à heure fixes il s'y tiendra à leur disposition. Au Lycée Janson, cette consultation hebdomadaire a lieu tous les jeudis matin à 9 heures.

Cette périodicité semble suffisante dans la pratique ; il convient en effet de remarquer que dans une collectivité bien surveillée et bien soignée les cas d'urgence doivent constituer et constituent réellement une rareté — et qu'il est pour ainsi dire exceptionnel qu'un cas de ce genre se manifeste sans prodromes qui permettent d'y parer en temps utile.

Deux conditions complémentaires doivent d'ailleurs être réalisées pour que cette consultation hebdomadaire soit suffisante — l'une qu'il y ait à l'Infirmerie une personne (interne, religieuse, surveillante) capable de reconnaître une pulpite aiguë et d'appliquer *loco dolenti* le pansement calmant préparé à l'avance dans un des flacons de la pharmacie — l'autre que le dentiste du Lycée reçoive pendant la semaine à son cabinet les élèves que l'Infirme-

rie lui envoie pour les cas qui excèdent sa compétence et ses moyens.

L'Infirmerie pour répondre parfaitement aux besoins qui viennent d'être envisagés doit posséder une salle grande et *très bien éclairée*, un fauteuil spécial d'un modèle simple et robuste muni des mouvements nécessaires d'élévation, d'abaissement et de redressement — les instruments nécessaires à pratiquer les extractions dentaires *courantes* (il sera toujours préférable pour l'enfant aussi bien que pour le praticien que les opérations difficiles et délicates soient pratiquées au cabinet de ce dernier) — le curettage des caries — les pansements de toute nature et les obturations provisoires.

A mon sens, toutes les opérations qui le demandent ou même simplement qui l'acceptent doivent être pratiquées avec l'*anesthésie locale*. Ce point évidemment peut prêter à discussion et nul ne pourrait être incriminé pour le comprendre autrement qu'il est dit ici. L'auteur de ces lignes pense que les contre-indications nettes mises à part, et parmi celles-ci il place au premier rang la nervosité de certains sujets, les mineurs séparés de leur famille qui sont confiés au dentiste d'un Lycée ne doivent pas être privés du bénéfice de l'anesthésie, à la seule condition qu'elle soit prudemment pratiquée et avec les préparations reconnues comme étant les moins nocives.

A Janson le chlorure d'éthyle et la novocaïne sont employés à l'exclusion de tout autre agent, la dose d'adrénaline que nécessite la novocaïne étant toujours abaissée au minimum.

Tout élève qui se présente à cette consultation est examiné et reçoit les soins nécessités par la lésion qui l'a amené à consulter.

Les résultats de cet examen, et le traitement appliqué sont brièvement consignés sur un cahier de visite, qui mentionne expressément les *nom, prénom et classe de l'élève*. Cette précaution qui paraîtra peut-être excessive à quelques-uns a pour but principal de permettre au den-

tiste de se reporter à toute époque à ces notes pour *suivre* des cas qu'il ne voit que d'une façon très intermittente et dont il demeure cependant responsable d'une façon permanente. Cette notion de responsabilité prend à notre époque une singulière importance, et, avec la tendance de plus en plus marquée du public à incriminer l'homme de l'art, j'estime qu'il est *indispensable* qu'un spécialiste auquel sont confiés des mineurs séparés de leur famille puisse — pour se couvrir tant lui-même que l'administration qui lui a délégué une part de son autorité — établir à tout instant d'une manière précise et indiscutable ce qu'il a fait à une date donnée — et surtout ce qu'il n'a pas fait.

Dans cet ordre particulier d'idées un cas se présente assez fréquemment, auquel il a été répondu par avance à Janson d'une manière qui gagnerait je crois à être généralisée, si elle ne l'est déjà.

L'élève qui vient à la consultation de l'Infirmerie n'y vient presque jamais que parce qu'il souffre. Il s'agit donc presque toujours, d'un cas de carie dentaire avancée, pour lequel le traitement complet est absolument urgent.

En se reportant à son *livre d'inspection*, le dentiste peut rappeler à l'élève que dix mois plus tôt, par exemple, la nécessité de ce traitement a déjà été signalée à la famille, et qu'il ne peut plus être ajourné sans de gros risques.

Dans un nombre malheureusement encore trop fréquent de cas cet avis bienveillant est inefficace, et soit pusillanimité de l'enfant, soit négligence de la famille, soit persuasion que les ressources de l'Infirmerie doivent être suffisantes pour éviter ce traitement ou bien, au contraire, pour le réaliser pleinement, l'enfant ne reçoit pas les soins conseillés.

Et il est tels élèves qu'on revoit périodiquement à l'Infirmerie pour des caries dentaires qui vont en s'aggravant sous les yeux du dentiste impuissant et toujours responsable.

Pour répondre à cette situation, nous avons une fiche ainsi rédigée [1] :

---

1. ACADÉMIE
DE
PARIS

Service médical.

LYCÉE JANSON-DE-SAILLY

Le Médecin-Dentiste soussigné a l'honneur de faire connaître à Monsieur le Proviseur, en le priant de vouloir bien communiquer cet avis à la famille, que l'élève s'est présenté à sa consultation

Il déclare que l qu'il a pratiqué pour répondre aux indications d'urgence ne peut avoir qu'un effet palliatif et temporaire et qu'il est indispensable qu'intervienne, *dans un bref délai,*

Ce traitement étant au-dessus et en dehors des ressources de l'Infirmerie, devra être reçu en ville.

LE MÉDECIN-DENTISTE DU LYCÉE.

Inspection dentaire

L'inspection faite, suivant les instructions ministérielles, par M. le Dr Mahé, dentiste du lycée, a donné pour l'Élève les résultats consignés au tableau ci-contre.

(Au dos de cette lettre se trouve le tableau annexé p. 76.)

J'estime qu'après un avertissement aussi net et aussi clair le dentiste de Lycée a, à la fois, le droit et le devoir, si la situation persiste, de pratiquer la seule opération capable de soulager l'enfant et de remédier aux troubles apportés à ses études par les maux de dents, savoir l'extraction.

Nous réparons de mieux en mieux les *conséquences* de la carie dentaire — nous savons fort peu de choses pour en diminuer la *fréquence*, en retarder la *marche*, en restreindre *l'étendue*.

A dire vrai même dans ce sens un seul progrès a été réalisé : nous avons appris et nous commençons à faire apprendre à nos patients l'importance et la valeur du *traitement précoce*. Accessoirement, très accessoirement, j'y ajoute la préoccupation des moyens qui *peut-être* pourraient diminuer la fréquence du mal.

Cette acquisition est modeste dans son principe. Ne la perdons pas cependant, perdons-la d'autant moins que nous ne pouvons pas prévoir quelles en seront les conséquences pratiques le jour où elle sera généralisée. Il n'est pas cependant téméraire d'espérer que ces conséquences favorables ne peuvent être beaucoup plus importantes, dans l'état actuel de nos connaissances, que ne le permet de supposer *à priori* l'énoncé d'un aussi faible moyen.

Or c'est un fait d'ordre général bien connu que ce sont les notions acquises durant l'enfance et dans l'adolescence, et particulièrement dans l'adolescence studieuse, qui restent le mieux gravées dans le cerveau, et qui demeurent le plus sûrement les directrices constantes de la vie.

Le médecin de Lycée, médecin général, ou spécialiste, est donc le mieux placé de tous pour inculper aux générations futures les notions d'hygiène et de prophylaxie qui sont si importantes pour l'avenir de la race.

Pour être réellement efficace cette intervention du médecin dans la vie scolaire doit avant tout être *discrète*. D'abord, on ne lui permettra pas — surtout s'il n'est qu'un spécialiste — de s'introduire en rien dans des programmes

déjà surchargés. Ensuite, et quant à son auditoire — il devra se méfier, comme me le disait finement M. le proviseur Chacornac, « de tout ce qui pourra ressembler à un supplément de travail ou un surcroît de contrainte ».

Les conférences qu'il sera autorisé à faire devront donc ne troubler en rien la vie scolaire, être rares, courtes et par-dessus tout *intéressantes*.

Un autre point singulièrement délicat pour l'organisation de cet enseignement « à côté » est la nécessité pour celui qui en assumera la responsabilité de placer au premier rang de ses préoccupations celle de *n'être pas nuisible*, sinon pour le présent au moins pour l'avenir.

On sait que la plupart — on pourrait dire *tous* — des préjugés populaires en matière médicale sont d'origine médicale. Ce sont les vérités médicales, les dogmes médicaux d'autrefois qui ont pénétré lentement les masses et qu'elles opposent aujourd'hui aux connaissances plus avancées du médecin moderne. Il en sera de même après nous et nos successeurs se heurteront à des *préjugés* qui ne seront que ce que nous nous efforçons de répandre actuellement autour de nous aujourd'hui comme la vérité nécessaire. Sans sortir du cadre de ma spécialité, je citerai les opinions bien arrêtées des masses et même des classes instruites, sur le danger de toucher la *dent de l'œil*, l'abstention systématique de tout traitement dans le cas fluxion, au cours de la grossesse, l'abandon à la carie des dents temporaires, l'efficacité générale et immédiate de l'extraction. Pour nous borner à un fait dont notre propre génération est déjà responsable, je rappellerai l'abus dans l'entretien des dents et de la bouche des antiseptiques trop actifs, des préparations dentifrices d'un pouvoir mécanique exagéré, des brosses à dents d'une dureté excessive et d'un maniement trop énergique.

Le conférencier devra donc être d'une prudence extrême, se soucier de ne dire que ce qu'on est bien certain de savoir — en n'oubliant qu'on sait bien peu de chose de certain et que le danger qu'il y a de présenter au public

des notions spéciales est précisément d'être presque fatalement obligé de le faire sous une forme trop nette et trop absolue.

Ce sont ces considérations qui malgré ses convictions sur ce point ont empêché jusqu'ici l'auteur de ces lignes de réaliser ces intentions sur ce point malgré l'accueil favorable et bienveillant qu'ont fait à ses propositions MM. les professeurs Poirier et Chacornac.

Il se propose cependant cette année de sortir de cette inaction et de faire, en s'inspirant des idées générales qu'il vient d'exposer, *quatre conférences* au cours de l'année scolaire — une par trimestre — et qui porteront sur :

1° Ce que nous savons de la carie dentaire, de sa marche, des conditions qui en favorisent ou en restreignent le développement, de ses complications immédiates et de ses conséquences éloignées ;

2° Des moyens que nous possédons d'en réparer les lésions, des moyens qui en retardent la production — de l'importance d'une inspection méthodique et d'un traitement précoce ;

3° Des malpositions des dents et des difformités des maxilaires et de la face et des résultats qu'on peut obtenir actuellement par le traitement en temps utile de ces anomalies ;

4° De l'hygiène buccale et dentaire considérée en fonction de la santé générale de l'individu et du développement de la race.

ANNEXE

		DROITE	GAUCHE
Mâchoire supérieure	3e molaire.........		
	2e molaire.........		
	1re molaire.........		
	2e prémolaire......		
	1re prémolaire......		
	Canine...........		
	Incisive latérale....		
	Incisive centrale....		
Mâchoire inférieure	Incisive centrale....		
	Incisive latérale....		
	Canine...........		
	1re prémolaire......		
	2e prémolaire......		
	1re molaire.........		
	2e molaire.........		
	3e molaire.........		

Observations particulières :

(Les chiffres portés au tableau ci-contre indiquent que les dents auxquelles ils se rapportent sont atteintes des affections décrites sous le n° correspondant).

1. Carie non pénétrante. — Les substances dures de la dent *(émail et ivoire)* sont seules atteintes. L'organe central *(pulpe)* est encore indemne. La lésion peut encore être arrêtée par un traitement superficiel et une obturation de la cavité (ciment, amalgame d'argent, or, porcelaine) sans ablation de la pulpe.

2. Carie pénétrante. — La pulpe a été atteinte par la marche destructive de la carie. Elle est, soit encore vivante, mais exposée à des poussées inflammatoires très douloureuses, soit déjà nécrosée et capable de provoquer des accidents infectieux qui peuvent être graves (fluxion, abcès, fistules, périostite du maxillaire, adénite ; *carie compliquée*). Dans le premier de ces cas elle doit être cautérisée et supprimée ; dans le second, il faut en enlever soigneusement les débris et faire l'antisepsie des canaux radiculaires. Dans les deux cas l'obturation de ces canaux doit précéder celle de la cavité.

Le traitement des complications s'ajoute naturellement à celui de la dent malade et précède son obturation définitive.

3. Racines utilisables. — Lorsque la carie a complètement détruit la couronne d'une dent, il s'écoule encore quelque temps pendant lequel la racine, avant d'être détruite à son tour, peut être utilement employée pour une restauration prothétique : *couronne artificielle* en porcelaine pour les incisives, canines et prémolaires, *capsules en or* pour les prémolaires et les molaires.

4. Racines à extraire. — Lorsque la destruction de l'organe est trop avancée, les racines deviennent de véritables *corps étrangers* dont l'expulsion est la terminaison fatale. On peut les *tolérer* tant qu'elles ne donnent lieu à aucun phénomène fâcheux, mais en cas de douleur ou d'inflammation infectieuse, *l'extraction doit être pratiquée sans retard.*

5. Tartre. — Le tartre est un dépôt dur et adhérent formé sur les dents par les sels de chaux contenus dans la salive, que précipitent les microbes de la bouche. C'est donc une production *infectieuse.* Outre son aspect désagréable, il déchausse les dents et provoque des *gingivites* aiguës ou chroniques, qui ne peuvent guérir que par son ablation. Il est d'une bonne hygiène de faire préventivement cette ablation et de ne pas laisser le tartre s'accumuler sur les dents. Le tartre ayant une tendance à se reformer, cette petite opération doit être renouvelée de temps en temps; cette période varie de six mois à deux ans selon les sujets. *Une bonne hygiène journalière* de la bouche et des dents en accroît d'ailleurs notablement la durée.

Dr G. MAHÉ,
Dentiste des Hôpitaux
et du Lycée Janson-de-Sailly.

REVUE DES REVUES

L'AMALGAME DE CUIVRE

Par C. Röse.

M. C. Röse, de Dresde, considère, après les démonstrations de Miller et sa propre expérience, l'amalgame de cuivre comme la meilleure matière obturatrice après l'or. Un amalgame qui peut être manipulé après l'addition de très peu de mercure donne les meilleurs résultats, pourvu que la préparation et le polissage aient été soignés autant que l'obturation. Un amalgame ainsi composé atteint un haut degré de durcissement et son usure, due à une abrasion purement mécanique, est beaucoup plus lente. Il s'adapte aux parois de la cavité aussi exactement que le ciment et, s'il est convenablement préparé, il ne décolore pas la dent. L'amalgame noircit, le tissu de la dent reste blanc (c'est seulement s'il est en excès que le mercure pénètre dans les canalicules dentinaires et décolore la dent en entier), ce qui fait de l'amalgame de cuivre la matière obturatrice idéale pour les molaires des enfants qui plus tard peuvent être aurifiées. La condition essentielle du succès est l'introduction de la matière dans une cavité parfaitement sèche. Si celle-ci est bien préparée, pas de récidive de la carie. La carie secondaire est souvent due à un nettoyage et à une taille négligés de la cavité.

L'amalgame de cuivre pauvre en mercure doit être pressé contre les bords de la cavité avec une force considérable afin d'empêcher l'adaptation imparfaite souvent remarquée dans l'amalgame de cuivre mou riche en mercure et d'empêcher la récidive de la carie.

La teinte brillante noir bleu d'une obturation à l'amalgame pauvre en mercure entourée par du tissu dentaire normal est préférable à l'aspect malpropre, pâle, boueux d'obturations à l'amalgame riche en mercure. Si, après un séjour de 5 à 10 ans dans la bouche l'amalgame est usé à la surface de 1/2 à 1^{mm}, on le taille tout autour et l'on obture avec une nouvelle couche d'amalgame. Si la première obturation a été soigneusement préparée, inutile de l'enlever entièrement, car si les bords ne présentent pas de carie, il est certain que l'infection n'a pas pénétré dans la profondeur de la cavité.

L'amalgame de cuivre qui contient un excès de mercure ne peut en être débarrassé par la pression. Les boulettes de cet amalgame ont un aspect gris sombre et, en les chauffant, des globules de mercure apparaissent à la surface, mais elles disparaissent aussitôt qu'on refroidit. Quand ces boulettes sont pauvres en mercure, elles ont une surface brillante noir bleu, unie comme un miroir et légèrement oxydée, dont tombent les globules de mercure qui apparaissent en chauffant, ce qui permet à l'opérateur de réduire encore la teneur en mercure. *(Deut. Mon. f. Zahn.)*

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

Conseil d'administration du 14 janvier 1911.

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. s'est réuni le samedi 14 janvier, à 9 heures du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Après approbation du procès-verbal du Conseil du 19 novembre 1910 et des procès-verbaux du Bureau des 30 novembre, 22 et 30 décembre 1910 et 11 janvier 1911, il a adopté les rapports du secrétaire général, du trésorier et de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie*.

Il a nommé le Dr Guillot (Lyon) membre honoraire.

Il a entendu et approuvé le rapport de la Commission syndicale, prononcé diverses admissions, accepté deux démissions et radié trois membres pour défaut de paiement de la cotisation.

Il a décidé que l'envoi de *L'Odontologie* sera supprimé à tout membre qui sera en retard de plus d'un semestre pour le payement de sa cotisation.

Il a approuvé le rapport de la Commission de prévoyance.

Enfin il a approuvé les statuts, le règlement intérieur et le projet de convention avec le tableau qui l'accompagne à soumettre à l'assemblée générale du lendemain.

Assemblée générale du 15 janvier 1911.

L'assemblée générale s'est tenue le dimanche 15 janvier, à 9 heures du matin. 51 membres étaient présents.

Elle a entendu et approuvé les rapports du secrétaire général, du trésorier et de l'administrateur-gérant provisoire de *L'Odontologie*, ratifié la décision du Conseil d'administration relative à la suppression de l'envoi de *L'Odontologie* à tout sociétaire en retard de plus d'un semestre pour le paiement de la cotisation.

Elle a adopté les statuts, le règlement intérieur contenus dans la brochure rouge de 1910, ainsi que le projet de convention et le tableau qui l'accompagne approuvés la veille par le Conseil d'administration.

Il a été procédé au vote pour le renouvellement partiel de ce Conseil, qui a donné les résultats suivants :

Votants : 177, dont 148 par correspondance, savoir 84 pour Paris et 64 pour la province; et 29 présents, dont 26 pour Paris et 3 pour la province.

Bulletins nuls : 6. — Bulletins blancs : 1.
Suffrages exprimés : 170. — Majorité absolue : 86.

Province.

Ont obtenu : MM.		MM.
Audy (Senlis)......	170 voix, élu.	Richer, Rigolet, chacun 3 voix.
Pont (Lyon)......	168 —	Schwartz, Letierce, Lannois, Joly, Vichot, Duplan, chacun 2 voix.
Cecconi (Pontoise).	161 —	Cottard, Fiévet, Fournier, Guérin, Pénelet, Boudeau, Duncombe, Boijot, Debray, Jossu, Morche, Galy, Sénécal, Martin, Fléty, Fayoux, Bernard, chacun 1 voix.
Drain (St-Quentin).	160 —	
Monnin (Le Mans).	159 —	
Douzillé (Agen)...	158 —	
Maman (Charleville)	132 —	
Vasserot (St-Germain-en-Laye)...	126 —	
Lalement (Nevers).	40 voix.	
Bouvet (Angers)...	37 —	

Paris.

MM.		MM.
Blatter..........	168 voix, élu.	Delair, de Croës, Manteau, Bonnard, Dehogues, Paulme, chacun 3 voix.
Roy.............	167 —	Choquet, Grimaud, Desforges, Touchard, Hugot, P. Martinier, chacun 2 voix.
H. Villain........	165 —	Pélissier, Barrié, Darcissac, de la Loge, Pailliottin, Roussel, Thomas, Quincerot, Doucedame, Solas, Tacail, Ferrand, Lanos, Dugit, chacun 1 voix.
G. Viau..........	164 —	
L. Lemerle.......	164 —	
H. Dreyfus.......	164 —	
Devoucoux.......	162 —	
Rollin...........	161 —	
Cernéa..........	156 —	

L'assemblée s'est séparée à 11 h. 3/4.

Conseil d'administration du 15 janvier 1911.

Le Conseil s'est réuni après l'assemblée générale, sous la présidence de M. Claser, doyen d'âge, pour constituer son Bureau.

M. Francis Jean a été nommé président par acclamation, mais a déclaré ne pouvoir accepter la présidence une 5e année ; il faut laisser la place aux jeunes, dit-il.

La candidature offerte à M. L. Lemerle a été déclinée par lui.

Le Bureau a été constitué ainsi :

MM. Blatter, *président ;*
G. Fouques, *vice-président* (Paris) ;
Monnin, *vice-président* (province) ;
H. Villain, *secrétaire général ;*
Cernéa, *secrétaire adjoint ;*
Miégeville, *trésorier.*

Le Conseil a nommé ensuite les membres du Conseil de famille, de la Commission syndicale et de la Commission de prévoyance, puis s'est séparé à midi 1/4.

SESSION D'EXAMENS DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
Vu le décret du 25 juillet 1893 ;
Vu le décret du 29 décembre 1906 ;
Vu l'article 17 du décret du 11 janvier 1909,
Arrête :

Art. 1er. — Une avant-dernière session d'examens pour le certificat d'études exigé des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira, en 1911, au chef-lieu de chaque Académie, le 5 juillet.

Les dates des épreuves sont fixées ainsi qu'il suit :

Epreuves écrites : mercredi 5 juillet.

Epreuves orales : jeudi 6 juillet.

Art. 2. — Les registres d'inscriptions seront ouverts du vendredi 16 au vendredi 30 juin inclus.

Art. 3. — Les recteurs sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 13 janvier 1911.

MAURICE FAURE.

Rectification.

A la suite de la publication de la lettre du Dr Kirk dans notre dernier numéro, p. 36, nous recevons de M. Quincerot une protestation que ses termes et sa longueur ne nous permettent pas de reproduire et tendant à établir que l'initiative du monument Horace Wells a été prise par un Comité ayant pour président M. Quincerot et pour secrétaire M. Léger-Dorez.

Quoique cette rectification s'adresse plutôt au Dr Kirk, nous ne faisons pas difficulté de la signaler, d'autant que, dans toutes les communications que nous avons publiées au sujet de ce monument, nous avons toujours attribué à ce Comité la part très légitime qui lui revient.

VARIA

QUELLE ÉTAIT LA GRANDE DENT DE GEOFFROY-LA-GRAND'DENT ?

Par M. le Dr MARCEL BAUDOUIN.

Tout le monde connaît *Geoffroy-la-Grand'Dent*, ou Geoffroi II, de la maison de Lusignan, ainsi nommé, « parce qu'il apporta sur terre *une dent* qui lui *yssoat* hors de la bouche *plus d'un ponce* [1] ». — Tous les Vendéens ont lu les belles études du savant Ch. Farcinet sur ce puissant seigneur du XIIe siècle, qui fit tant parler de lui en *Poitou* [2].

Mais il est un point que ce chercheur ne paraît pas avoir élucidé : celui de savoir *de quel côté* se trouvait, à la *mâchoire inférieure*, la fameuse dent en question, *si tant est qu'elle ait existé !*

I. NATURE. — Indiscutablement, c'était une CANINE [3], et une CANINE INFÉRIEURE notablement *hypertrophiée* (comme d'ailleurs cela se voit parfois), si l'on en juge d'après les *représentations figurées* que l'on possède, et qui ont été publiées déjà par Ch. Farcinet [4].

a) *Canine inférieure.* — 1° Sur la première, qui correspond à une *médaille*, donnant à l'avers le portrait de *Godefridus de Lusinem*, on voit, en effet, « une grande dent, qui sort de la bouche » (Ch. Farcinet). D'après cette figure, elle ne peut correspondre qu'à la *canine du maxillaire inférieur*, puisqu'elle sort à un centimètre à peine de la commissure labiale, au niveau de la lèvre inférieure, et remonte vers le sillon naso-génien d'environ un centimètre.

Comme le portrait de Geoffroy est tourné vers la droite, on voit la face de ce côté ; et partant, sur cette médaille, la dent est nettement du *côté droit*.

Extrait du *Bulletin de la Société Française d'Histoire de la Médecine*, 1910, n° II.

1. *Roman de Mélusine.* — Œuvre de Jean d'Arras, composée en 1387, par l'ordre de Charles V, son frère, pour l'amusement de la sœur du roi ; imprimée pour la première fois en 1500. — Voir édition Brunet, 1854.

2. Charles Farcinet. — *Une curieuse médaille de Geoffroy la Grand'Dent et l'ancienne famille de Lusignan. Revue du Bas-Poitou, Fontenay-le-Comte*, 1894, pp. 15-24, 2 fig. Tiré à part, 1894 Vannes, 14 pages, 2 figures (*Voir, pp.* 15, 21, *et* 24). — *Deux anciens portraits de Geoffroy la Grand'Dent. Revue du Bas-Poitou*, 1894, pp. 408-410, 2 *fig.* ; et tiré à part. — *Les anciens Sires de Lusignan : Geoffroy la Grand'Dent...* Fontenay-le-Comte et Niort, 1897, 40 pages. — *Les rois de Jérusalem et de Chypre de la maison de Lusignan*, Vannes, 1900, in-8°.

3. D'après le Roman *de Mélusine*, cette dent est comparée à une « *défense de sanglier* ». Il s'agit donc bien d'une *canine* le doute n'est pas possible sur ce point. — La défense de sanglier, facile à reconnaître, et ayant servi *d'amulette* depuis les époques les plus anciennes jusqu'à la fin de la période gallo-romaine en Vendée, devait être connue de tous au XIIe siècle.

4. Voir les figures des mémoires de cet auteur.

2° Ch. Arnauld, dans son *Histoire de Maillezais* [1], a donné le dessin, en lithographie, d'une tête en pierre sculptée, provenant de cette abbaye, qui ne représente pas sûrement Geoffroi II. Mais, sur ce dessin [2], Arnauld a cependant fait figurer sa grande dent, quoique la sculpture n'en présente pas (Ch. Farcinet [3]). Et le dessinateur d'Arnauld a placé cette canine *à droite,* quoique pourtant il ne semble pas avoir eu connaissance de la médaille citée ci-dessus [4] !

Il semble donc que la grande dent était *à droite.*



3° Or, sur la *gravure* du tableau de Claude Vignon, peintre français du xvii[e] siècle, tableau très connu de Geoffroi II, gravure publiée par Ch. Farcinet, c'est *à gauche* qu'est placée la dent. Pour qu'elle fût visible, il semble d'ailleurs qu'on ait tenu à orienter le portrait à gauche ! La canine ici est bien reconnaissable.

---

1. Ch. Arnauld. — *Histoire de Maillezais.* — Niort, Robin et C[ie], Paris, Dumoulin, 1840, in-8°, 1 planche hors texte, p. 184.
2. Le dessinateur s'appelait Baugier.
3. Pourtant il n'y aurait rien d'impossible à ce qu'Arnauld l'ait connue, puisqu'elle a été publiée dès 1811, et qu'il ait donné à Baugier les indications voulues pour cette *addition.*
4. Ch. Farcinet a vu cette sculpture, qui est actuellement au *Musée lapidaire* de Niort, (n° 135).

b) *Côté de la mâchoire.* — Pourquoi cette *interversion* ? — Est-elle *voulue* ?

Avec la *gravure* du portrait de Geoffroi II par J.-J. Haid, peintre allemand du XVIIIe siècle, qui semble avoir copié carrément l'œuvre de Cl. Vignon, nous retrouvons la dent *à droite ;* et non plus à gauche !

Charles Farcinet a dit au sujet de ces portraits : « On pourrait croire que ces artistes ont un peu exagéré la *longueur de la dent* du personnage ; mais les anciennes chroniques disent bien qu'elle lui *yssait plus d'un pouce* hors la bouche ! »

Ainsi donc, il paraît s'agir d'une *hypertrophie énorme* (plus d'un pouce *bas la bouche*) de la *canine droite.*

c) *Explications.* — Mais pourquoi, sur la *gravure* du portrait de Cl. Vignon, la dent est-elle placée *à gauche,* au lieu de l'être à *droite,* comme sur la médaille ?

J'incline à croire que *cela n'est pas voulu.* A mon sens, l'artiste peintre devait avoir sous les yeux un *modèle,* quand il a fait ce tableau si intéressant : modèle constitué, soit par la *médaille* ancienne citée plus haut, soit plutôt par un *autre portrait,* inconnu, ancien, exécuté d'après cette médaille, et tourné *à droite,* avec dent *à droite.* Il a dû placer, lui aussi, la dent *à droite !*

Mais quand un *graveur* a reproduit ce tableau sur sa matrice, il a dû négliger de se servir de la *glace,* comme on le fait d'ordinaire, et par suite a gravé *sans intervertir* le portrait. — Bien entendu, au tirage, la gravure est venue *inversée :* la figure a viré *de droite à gauche ;* et la *dent* a suivi le mouvement : elle est passée du côté droit au côté gauche !

La même explication peut s'appliquer au portrait de Haid, mais en sens inverse, si l'on suppose que Haid *n'a pas copié le portrait même* de Cl. Vignon (cela est très probable, d'ailleurs, puisqu'il vint un siècle plus tard et travaillait en Allemagne, et non plus en France), mais simplement une *gravure inversée* de ce portrait, c'est-à-dire à *dent gauche.*

Si, à son tour, le *graveur* du portrait de Haid oublia *d'inverser* son modèle, par suite celle-ci vira encore de côté et de gauche et revint ainsi à droite.

Par contre, si ce graveur a bien copié directement Vignon, cela prouve péremptoirement que, sur le portrait d'origine, la dent était bien *à droite.*

Ce qui m'a mis sur la voie de cette explication, c'est une remarque que j'ai faite souvent, à savoir que nombre de gravures, de portraits anciens représentant des hommes, ayant une *plume à écrire à la main,* sont disposés de telle façon qu'on croirait ces hommes *gauchers,* puisqu'ils ont la plume d'oie dans la main gauche...

C'est ainsi que j'ai sous les yeux un *Daguerréotype,* exécuté en 1855, d'un *pastel* représentant mon aïeul Jean Ingoult, ancien maire de Croix-de-Vie (Vendée), sous la Révolution, tenant sa plume à écrire de la main *gauche.* Or j'ai retrouvé de l'écriture de mon aïeul ; et j'ai pu établir qu'il ne pouvait être que *droitier* [1]. Je suis obligé de conclure

---

1. Ce point m'intriguait particulièrement, parce que je suis *gaucher* congénital, et que je voulais savoir si mon aïeul paternel l'avait réellement été, lui aussi !

que, sur le pastel original, datant du début du XIX[e] siècle, il devait être *droitier*, et que *l'inversion* du daguerréotype ne doit être qu'une conséquence de ce mode de *photographie,* qui se faisait par *exposition directe* (on obtenait tout de suite le *positif*, sans passer par le *négatif*), et par suite mettait à gauche ce qui était primitivement à droite, comme quand on se regarde dans une glace !

D'autre part, je trouve également, dans un livre récent [1], le portrait d'un médecin célèbre, très connu au XVIII[e] siècle. Or, je ne sache pas que ce confrère, François Chicoyneau, fut, comme moi-même, *gaucher.* Et pourtant il tient sa plume à écrire de la main gauche! Dans ce cas, le graveur J.-G. Will a dû sans doute travailler d'après ce modèle de P. Lesueur, *sans intervertir à la glace,* comme cela se fait d'ordinaire, et sans s'apercevoir qu'il commettait ainsi une erreur et que le tirage serait par suite inversé.

D'après le D[r] Billard (*Int. des Ch. et Cur.,* 1908, 10 février 1908, p. 202), répondant à une question posée par moi dans cette revue (*loc. cit.,* 1908, p. 111), « les estampes *à l'envers* sont uniquement dues à la *paresse des graveurs,* qui simplifièrent ainsi leur travail, en supprimant le miroir inversant le dessin ou la peinture ».

A cette occasion, la portée et la valeur de notre explication ont été données par M. le D[r] Billard lui-même (*loc. cit.*) par l'exemple suivant : « La preuve en est dans la gravure, très rare, d'Audebert, *la Fontaine d'Amour,* tirée en couleurs, faite non pas d'après la peinture de Fragonard, mais *en contre-partie,* d'après les gravures nombreuses de l'œuvre du peintre érotique français ».

En me basant sur une autre étude, que je prépare sur l'*Inversion* des *Gravures sur Rochers préhistoriques,* je pourrais, d'autre part, multiplier ces exemples ; mais je n'insiste pas, croyant avoir de la sorte résolu le problème de la dent « *gauche* » de Geoffroi II.

*
* *

II. ETUDE DE L'ANOMALIE. — Resterait à savoir si cette *hypertrophie de la canine* INFÉRIEURE DROITE concorde avec ce que nous savons des *anomalies dentaires* à l'heure présente. Mais, sur ce point, je ne puis rien dire de très précis, car nos auteurs médicaux sont très peu explicites sur les anomalies dentaires de cette nature, qu'on appelle *Géantisme.*

Je me bornerai, après avoir rappelé que le problème des *grandes dents* des *hommes* et des *animaux* [2] m'a intéressé à diverses reprises, à résumer ce que nous enseignent les classiques, non sans faire remarquer toutefois que les historiens actuels ne sont pas fixés encore sur la réalité de l'existence même de cette grande dent !

---

1. Pierre Pic. — *Les Heures libres*, etc. Paris, G. Steinheil, 1908, in-12°, p. 228. (Nombreuses gravures hors texte). — Dans ce même ouvrage, on trouve plusieurs gravures qui nous semblent également *inversées*, de par la disposition du *bras*, qui doit être le *droit* (geste pour parler, ou tenir une épée, etc.).

2. Baudouin (Marcel). — *Les Dents de l'animal Musc. — Gaz. de méd. de Paris*, 1904, p. 343.

Existence réelle. — En effet, aucune pièce *historique* n'en fait mention. Elle parait avoir été « inventée » par Jehan d'Arras ; et, de prime abord, elle semble être la traduction *anatomique* seulement des forfaits et du caractère de Geoffroi II, horriblement batailleur : ce qui le rapproche du *Loup* aux *grandes dents* [1] et de l'Histoire du *Petit Chaperon rouge* [2].

D'ailleurs, mon excellent ami, M. le Dr Félix Regnault, a publié un *dessin japonais* [3], très curieux, représentant une tête humaine avec quatre très grandes dents, qui sont précisément les quatre *canines*. (Pl. I.). Il est très curieux de remarquer que, sur ce dessin, les canines supérieures, en vraies *défenses de sanglier*, se dirigent *en haut* et non pas en bas, comme cela existe chez les animaux à défense (sangliers, etc.) : ce qui prouve que l'artiste japonais n'a pas copié la nature (animale en l'espèce), mais a dessiné *d'imagination*.

Pourtant il ne faut pas que ce document nous oblige à rester dans le domaine de la *Légende*, malgré son vif intérêt! Il y a trop de distance entre l'art japonais auquel il correspond et le Roman de Jean d'Arras, composé en 1387, pour qu'on puisse scientifiquement en faire état!

D'ailleurs, en 1899, Ch. Farcinet écrivait : « Quant à la *grande dent*, elle a probablement été *exagérée*, sinon *inventée*, par les romanciers et les peintres. On a, cependant, prétendu que cette singularité, plus ou moins prononcée, *avait été remarquée chez plusieurs descendants de la famille des Lusignans ;* et cela permettrait de penser que l'un des Geoffroi pouvait être porteur d'une des dents extraordinaires [4]. »

Nous avons donc à examiner : 1° si cette hypertrophie de la *canine inférieure* a été déjà *signalée* dans la science ; et si cette anomalie a été observée à un état aussi prononcé ; 2° sa *nature ;* 3° enfin, si l'on a observé des faits d'*hérédité* en cette matière.

1° *Cas connus*. — D'après les auteurs, toutes les dents quelles qu'elles soient peuvent présenter de l'hypertrophie, c'est-à-dire du *géantisme*. Il faut donc admettre cette maladie pour la *canine inférieure*, quoiqu'elle soit *très rare*.

Une notion, bien connue des spécialistes, va nous être utile, pour nous permettre d'affirmer une fois de plus que, dans le cas de Geoffroi, il s'agissait bien de la *canine*.

---

1. A remarquer que le revers de la médaille, citée plus haut! porte précisément une tête de *loup* ou de grand *chien* monstrueux.

2. Voir *l'Histoire véridique du Petit Chaperon rouge*, d'après P. Suzanne (*Echo litt., art. et scient.*, Paris, 15 févr. 1910, p. 1026).

3. *Une visite au Musée Guimet. — L'avenir médical et thérapeutique*, Paris, 1909, mars, pp. 35-38, 11 fig. (Voir *fig.* 11, p. 38 ; après la signature *Eifer*).

4. On dit que jadis il y avait, au château de Lusignan (Vienne), bien connu au demeurant, une tour célèbre, la tour de Mélusine qui fut détruite en 1622. Avec elle aurait disparu la *Statue de Geoffroi la Grand'Dent*, qui surmontait la maîtresse porte.

Il est bien regrettable qu'on ne sache pas ce qu'est devenue ladite statue, qui nous aurait sans doute donné la solution du problème que nous discutons ici, car on n'avait pas dû oublier sans doute d'y mettre, en juste place, la fameuse *grande dent!*

A la mâchoire inférieure, en effet, on ne connaît de cas de géantisme que pour les *molaires* et les *canines*. « On n'a pas encore vu, a affirmé Magitot, de *géantisme au niveau des incisives inférieures*. »

Le Dr Magitot, le célèbre spécialiste, a dit d'ailleurs dans son traité classique [1].

« Les *canines* peuvent accidentellement acquérir *un volume considérable*, la dent prenant dans ce cas l'apparence d'une *véritable défense*, analogue à la canine des *Singes anthropomorphes*. »

Or, si nous nous reportons aux canines de gorille, de chimpanzé, etc., et en particulier à *l'inférieure*, d'après un autre travail du même auteur [2], on voit que cette dent peut atteindre de grandes dimensions. On en trouvera la preuve en examinant la *canine supérieure* de gorille figurée par Magitot dans son livre (Pl. V., fig. 8), dont la couronne est *énorme* réellement et fait une saillie très considérable.

Pour mon compte, je ne connais pas de cas de géantisme pour la canine inférieure aussi prononcé que celui de Geoffroi (saillie d'un *pouce*) ; mais j'ai observé moi-même, chez certaines personnes, en Vendée et parfois sur des sujets *néolithiques*, une hypertrophie notable de la *canine inférieure*.

Pourtant, dans le seul exemple de *géantisme* de la *canine inférieure* que figure le Dr Magitot dans ces livres (Pl. II, fig. 9), l'hypertrophie porte beaucoup plus sur la *racine* de la dent, cachée dans l'intérieur de la mâchoire, que sur sa *couronne*, seule visible !

Il faut conclure de là que le géantisme, chez notre célèbre Geoffroi, devait être en réalité bien moins marqué que ne l'ont indiqué dans leurs œuvres les artistes cités.

Sans descendre jusqu'aux singes, on sait, d'autre part, que les canines des *Nègres*, des *Australiens*, des *Bochimans*, etc., sont très notablement plus *fortes* que celles des Européens actuels.

Dans un article assez récent [3], notre ami, M. le Dr Siffre, odontologiste érudit, a étudié la dent et la denture dans l'*art*. Il a eu soin d'insister sur ce point que, quand les artistes représentent la dentition des carnivores, la *bouche fermée*, ils devaient toujours, conformément à l'anatomie comparée, placer la canine inférieure *en avant* de la supérieure [4], mais qu'il y a des exceptions, par exemple sur l'*idole humaine* qu'il a figurée et qui fait partie des collections de la *Soc. d'anthrop. de Paris* [5]. Or, dans ce cas particulier, l'erreur s'explique évidemment par ce fait qu'une idée *symbolique* s'est greffée sur un fait d'observation. Il en est de même pour le Dauphin de la Fontaine de Neptune, à

---

1. Magitot. — *Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères*. — Paris, Masson, 1877, in-4° (Voir, p. 92).

2. *L'Homme et les singes anthropomorphes*. — *Bull. Soc. Anthr. de Paris*, 1860, p. 113.

3. Siffre (Dr). — *Le Monde dentaire*, 1909, janvier.

4. Nous n'avons *aucune donnée*, à ce propos, sur les représentations *figurées* de Geoffroi, parce qu'elles ont toutes une lèvre supérieure tombante, cachant les dents supérieures.

5. Le *Lion chaldéo assyrien* du Louvre reproduit la même erreur anatomique.

Nancy, qui possède des canines trop grosses, exagérées en dimension simplement pour donner une impression de férocité.

2° *Nature. — Cause originelle.* — Par suite on pourrait croire que le *géantisme de la canine* est un phénomène *d'atavisme*, un caractère *nettement régressif*, car, chez les ancêtres de l'homme, dit-on, les canines devaient être plus longues ! Ce serait, par suite, un signe d'infériorité, une tare de dégénérescence, au moins locale.

Mais il ne faut rien exagérer, dans l'état actuel de la science. En effet, si les Anthropoïdes ont des *canines de combat*, c'est-à-dire des canines plus ou moins fortes ; si les Australiens et autres peuples ont de fortes canines, il faut bien savoir que la *mâchoire inférieure humaine* la plus *ancienne* connue (Mâchoire de Mauer, d'Heidelberg), celle de *l'Homo Heidelbergensis*, trouvée par le Dr Schœtensack dans un gisement du début du quaternaire, présente des canines, qui ne sont guère plus grosses que les incisives !

Il ne s'agit donc pas, dans les cas de Geoffroi, d'un fait d'atavisme réel, mais plutôt d'une *anomalie* pathologique véritable, reproduisant, par hasard, une disposition ancestrale, très éloignée et non très rapprochée, dans la série des vertébrés les plus supérieurs.

Il ne faut pas s'étonner dès lors si Geoffroi II fut un guerroyeur terrible, un homme sauvage et bourru ! Sa *dent* devait le trahir et faire prévoir un caractère *d'être anormal* [1].

3° *Hérédité.* — Il est indiscutable que toutes les variations de volume des dents sont *héréditaires*... C'est un fait admis dans la science ; il n'y a donc pas lieu d'y insister.

Il est par suite des plus vraisemblable que, chez des ancêtres de Geoffroi, on ait pu observer un phénomène analogue.

CONCLUSIONS. — Que conclure ? Il me semble bien difficile que cette grande dent ait été *inventée* de toutes pièces, malgré tout ce qu'on a dit ! *Nihil est in intellectu quod non erat in sensu*, suivant la pensée qui est à la base même du Folklore. Nous devons donc admettre qu'elle a existé, d'autant plus que *la science connaît cette anomalie*, quoiqu'elle soit très rare.

Peu importe, dès lors, que les écrivains aient oui ou non forcé la note.

Nous croyons que cette grande dent correspondait à la CANINE INFÉRIEURE DU CÔTÉ DROIT, *ce que personne n'avait dit jusqu'à présent.* Les documents historiques et l'anatomie plaident en ce sens, puisque les *incisives inférieures* ne peuvent pas présenter cette anomalie au dire de Magitot, et puisque les dessins montrent qu'il s'agit d'un *géantisme* d'une dent de la *mâchoire inférieure*, les *molaires* devant rester forcément hors de cause.

DISCUSSION.

M. Félix Regnault. — Il me semble que la reproduction des monstres dans l'art comprend deux groupes très différents : dans l'un, il faut

1. Il n'y a d'ailleurs jamais eu *déshonneur* à ressembler à ses ancêtres, même s'ils furent des singes !

ranger les copies de monstres réels ; dans l'autre, les productions imaginaires. Celles-ci, comme le dit avec raison mon ami M. Baudouin, dérivent comme les premières de choses vues ; mais l'imagination a librement travaillé sur ces données. Ces monstres irréels sont en général des symboles. Ils sont très nombreux dans le Brahmanisme : tels les divinités à bras multiples, chaque main tenant un instrument ou faisant un geste spécial.

M. Marcel Baudouin. — En effet, il faut distinguer entre les représentations *artistiques*, ayant trait à la *Tératologie*. Les uns sont bien des *copies*, presque parfaites, de *types ayant existé ;* les autres sont des représentations purement *symboliques*, évidemment !

Mais il n'en est pas moins vrai que c'est *l'observation de la nature* qui a été le *point de départ* et l'origine *du symbole*, et qu'il est possible souvent de le redécouvrir, après coup, d'autant qu'en l'espèce l'esprit humain n'a procédé que par *additions successives* d'idées analogues. Les bras si nombreux des Dieux antiques, par exemple, ont certainement pour origine les monstres doubles à 3 ou 4 bras. Une fois cette idée entrée dans son cerveau de la possibilité de trois bras chez l'homme, notre ancêtre en a ajouté successivement, un, deux, trois, etc. Mais le point de départ a bien été la monstruosité *observée* cliniquement.

Ces *additions successives* d'idées sont une des lois fondamentales du *Folklore*. Et on retrouve souvent, dans les *légendes*, en particulier celles d'ordre géologique (légendes dites explicatives), le *point de départ* et les *ajoutages*, d'époques parfois différentes. Le peuple lui-même fait, souvent, de ces reconstitutions et de ces simplifications, d'une façon tout à fait spontanée et inconsciente.

La légende des *Villes englouties*, si compliquée par des idées *religieuses* ultérieures, est un merveilleux exemple typique et remarquable de ce bon sens populaire. Quand le Dr Keller eut trouvé, par déduction, la théorie des *Habitations lacustres*, les habitants des bords des lacs suisses se mirent à l'œuvre pour retrouver les *trésors* de leurs stations. Or, « pour se guider dans ces recherches, comme l'a dit R. Munro [1], ils firent tout d'abord appel aux *traditions locales*, et enregistrèrent *toutes les histoires de villes englouties*, qui étaient *nombreuses !* »

Il est donc démontré, par ce simple fait, que le peuple a soupçonné, de lui-même, le *fait d'origine*, c'est-à-dire le rapport réel de ses *légendes* avec l'existence des *Stations lacustres*, alors que les savants n'y avaient jamais songé auparavant ; alors que, ces temps derniers même [2], ils n'avaient pas encore insisté sur ce rapport, si évident pourtant, quoiqu'il eût déjà été *découvert* par le peuple. N'est-il pas extraordinaire de constater que tous ceux qui ont écrit sur la « Formation des Légendes » n'aient pas, tout d'abord, insisté sur des faits aussi démonstratifs, avant de se lancer dans des interprétations plus ou moins risquées !

---

1. R. Munro. — *Habit loc.* Trad. P. Rodet, Paris, 1908, in-8° (Voir, p. 11).
2. Marcel Baudouin. — *Légendes des villes englouties.* — *Congrès Préhist. de Chambéry*, 1908 (Voir, p. 115).

NÉCROLOGIE

ALEXIS JULIEN

L'École dentaire de Paris est, au début de l'année, cruellement éprouvée par la fin prématurée d'un de ses meilleurs et plus anciens professeurs ; M. Alexis Julien.

Les morts vont vite : en quelques mois Gillard, le Dr Camille Pinet et Alexis Julien disparaissent, impitoyablement frappés, ne laissant après eux que d'unanimes regrets.

Alexis Julien, professeur libre d'anatomie et de physiologie, était né le 2 septembre 1850 à Valbonne (Alpes-Maritimes). Il avait été répétiteur d'histoire naturelle à l'École vétérinaire de Lyon de mai 1880 à novembre 1883. Ses connaissances profondes et hautement appréciées en anatomie l'avaient désigné à l'attention de la Direction de l'Ecole dentaire de Paris pour l'enseignement de l'anatomie régionale et de la dissection et cette chaire lui avait été offerte en 1898. Il l'occupait depuis cette époque.

Son enseignement pendant ces treize années fut un des plus suivis et des plus goûtés des élèves, qui se pressaient toujours en foule à ses leçons.

L'École dentaire de Paris perd en lui un de ses plus précieux collaborateurs, dont elle ressentira vivement la perte.

Le bagage scientifique d'Alexis Julien était considérable. On lui doit de nombreuses publications, entre autres : *Aide-mémoire d'anatomie*, 1891 ; *Homotypie des membres thoraciques et abdominaux ; Loi de la position des centres nerveux ; Loi de l'ossification des os longs ; De la coexistence du sternum avec l'épaule et le poumon.*

Tous, à l'École dentaire de Paris, professeurs et élèves, avaient avec Alexis Julien les relations les plus agréables, car il était d'une grande bienveillance et d'une grande affabilité. Sa mort nous émeut profondément et nous adressons à sa famille, avec l'expression de notre sympathie, nos sentiments de sincère condoléance.

La Rédaction.

* * *

Les obsèques ont eu lieu le samedi 21 janvier, à 3 heures de l'après-midi.

Un grand nombre de notabilités médicales y assistaient. L'École

dentaire de Paris y était représentée par son directeur, M. Godon, MM. Desgrez, Camus, Levett, professeurs, Dumont, démonstrateur; la plupart des élèves y assistaient.

Elle avait envoyé une couronne, comme l'avaient fait les élèves et les étudiants en dissection de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Plusieurs allocutions ont été prononcées; nous reproduisons celle du directeur de l'École dentaire de Paris et celle de M. Verneau.

Allocution de M. Godon,

Directeur de l'École dentaire de Paris.

Permettez-moi, au nom de l'École dentaire de Paris, d'adresser quelques paroles de reconnaissance et d'adieu à Alexis Julien avant que se referme à tout jamais cette tombe si brusquement ouverte.

Professeur d'anatomie depuis treize ans dans notre institution, Alexis Julien avait appris cette science aux nombreuses générations d'étudiants qui se sont succédé pendant ce temps. Possédant à fond les matières qu'il était chargé d'inculquer à nos élèves, son enseignement était clair, sûr et s'inspirait de méthodes pédagogiques qui lui étaient personnelles. Ses cours, très suivis et très goûtés de nos élèves, étaient marqués au coin d'une érudition incontestable; sa parole ne visait pas à l'effet, mais laissait dans l'esprit de ses auditeurs une impression profonde, précise et durable.

Dans un rapport présenté au Congrès d'Angers, à la sous-section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences en 1903, il avait exposé, avec cette clarté qui lui était particulière, le mode d'organisation des travaux pratiques d'anatomie à l'École dentaire de Paris, et nous avait montré les idées directrices de sa méthode d'enseignement, qui avait rencontré l'approbation générale.

Le meilleur éloge qui puisse être fait de cet enseignement parfait, c'est le souvenir ému et reconnaissant qu'en ont conservé ceux qui furent ses élèves il y a dix ou douze ans, et qui sont aujourd'hui des praticiens habiles et instruits.

Alexis Julien n'était pas seulement un savant apprécié et un professeur émérite, il avait aussi des qualités de cœur et de caractère qui l'avaient rendu sympathique à tous, à ses collègues et à ses élèves. Plein d'une grande bonhomie, de douceur, d'affabilité et de simplicité, il entretenait avec tous les relations les plus cordiales.

Professeur hautement apprécié pour son savoir, qu'il alliait à la plus grande modestie, Alexis Julien a rendu des services signalés à l'École dentaire de Paris, à l'œuvre de laquelle il était très attaché. Sa disparition laissera un vide considérable dans notre institution, mais son souvenir restera gravé dans nos cœurs comme celui d'un homme de bien vivement épris des idées de progrès, de justice et d'émancipation, et qui a été éminemment utile à ses concitoyens; aussi en venant ici lui dire un suprême adieu, j'apporte également aux siens l'expression de nos profonds regrets et de notre douloureuse sympathie.

Discours de M. Verneau,

Professeur d'Anthropologie au Muséum national d'Histoire naturelle.

A l'annonce de la mort de celui que nous pleurons aujourd'hui, il m'a semblé qu'une partie de moi-même avait cessé de vivre. Alexis Julien était, en effet, pour moi plus qu'un ami; nous étions animés l'un pour l'autre de sentiments fraternels, et l'affection que nous nous étions vouée en 1869 n'avait fait que se fortifier avec les années. J'étais son confident, comme il était le mien, et mieux que personne j'ai pu apprécier ses qualités de cœur, qui ne le cédaient ni à sa merveilleuse intelligence, ni à sa prodigieuse mémoire.

Né à Valbonne, dans les Alpes-Maritimes, en 1850, Alexis Julien avait fait d'excellentes études classiques au lycée de Nice, et dès cette époque il montrait un esprit curieux, avide d'augmenter chaque jour la somme de ses connaissances. Ce fut pour lui une véritable joie de venir étudier la médecine à Paris, dans cette ville où il sentait qu'il lui serait permis de satisfaire sa passion pour l'étude. Cette joie, cependant, fut mêlée d'une certaine tristesse, car le jeune étudiant allait se trouver séparé d'une famille qu'il adorait.

Dans la capitale, Julien ordonna sa vie avec méthode. Le matin, il allait à l'hôpital ; l'après-midi, il fréquentait les cours de la Faculté de médecine ou l'amphithéâtre d'anatomie. Il trouvait encore le temps de suivre les cours de l'ancienne salle Gerson, d'assister à des conférences au Collège de France et à la Sorbonne ou de fréquenter le laboratoire d'Anthropologie de Broca. Ce qui le passionna avant tout, ce fut l'anatomie, mais elle ne pouvait à elle seule satisfaire son besoin de s'instruire, et aucune des questions qui touchent à la philosophie scientifique ne le laissait indifférent. Les plus belles dissertations métaphysiques n'avaient pas le don de l'émouvoir; il lui fallait des faits positifs qu'il pût rapprocher les uns des autres et, sans le secours d'autrui, il tirait de ce travail de comparaison des conclusions toujours empreintes de logique et de bon sens.

Avec une telle tendance d'esprit, l'étude de l'organisme humain ne pouvait lui suffire ; aussi entra-t-il de bonne heure, en qualité d'élève, au laboratoire d'anatomie comparée du Muséum, et les amis de notre grand établissement scientifique ont toujours regretté qu'il n'y fût pas attaché à titre définitif. Mais, quand il abandonna le laboratoire de la rue de Buffon, il ne renonça pas à ses chères études comparatives. Que de fois l'ai-je vu revenir des Halles avec quelque poisson, quelque oiseau ou quelque mammifère qu'il disséquait dans la solitude pour avoir l'explication de faits que l'anatomie humaine ne pouvait lui fournir !

En se livrant à ces recherches, Julien comprit qu'il lui était nécessaire d'acquérir, en histoire naturelle, des connaissances plus approfondies que celles qu'il avait puisées au lycée. Aussi prit-il la résolution de préparer sa licence, non pas dans le but de se procurer un titre dont il pût profiter plus tard, mais uniquement pour sa satisfaction personnelle. Les titres, il ne les a jamais recherchés. Il aurait pu, comme tout autre — et mieux que tout autre — obtenir son diplôme de docteur en médecine. Il avait concouru brillamment pour l'externat et il avait

rempli ces fonctions avec la conscience, la ponctualité qu'il apportait en toutes choses ; mais il était déjà décidé à ne jamais exercer l'art médical et à se consacrer uniquement à sa science favorite.

Le moment vint de songer au côté matériel de l'existence, et c'est alors qu'il accepta une place de préparateur à l'École vétérinaire de Lyon, où il resta plusieurs années. Pendant son séjour dans cette ville, fut fondée la Société d'Anthropologie, et Julien qui, par ses profondes connaissances, par son esprit méthodique, avait attiré sur lui l'attention des savants lyonnais, fut élu secrétaire de la Société nouvelle.

Malgré les ressources que lui fournissait sa situation à l'École vétérinaire, il ne trouva pas, en province, l'aliment nécessaire à son insatiable besoin d'apprendre. Il revint à Paris et commença à donner quelques leçons particulières d'anatomie. Grâce à sa trop grande modestie, il ne porta ombrage à personne, et grâce à sa nature éminemment serviable, il se rendit utile, en maintes circonstances, aux maîtres d'alors et aussi à ceux qui devaient plus tard devenir à leur tour des maîtres. On s'inclinait déjà devant la solidité de ses connaissances et ceux à qui il rendait service ne lui marchandèrent pas leur estime. Parmi eux, il s'en trouva qui voulurent lui témoigner leur gratitude en lui procurant des élèves, et ces élèves n'eurent qu'à s'en féliciter.

Julien, en effet, a été un professeur libre hors ligne. Son esprit méthodique, sa clarté d'exposition, son souci de la précision, de l'expression juste lui permettaient d'enseigner aux autres ce qu'il savait si bien sans leur occasionner de fatigue. Il connaissait à fond la biographie des anatomistes et souvent il intercalait dans ses leçons des anecdotes qui les rendaient attrayantes.

Lorsqu'il fut chargé du cours d'anatomie à l'École dentaire de Paris, il ne tarda pas à être entouré de l'affection de ses élèves. Il faut reconnaître qu'il s'occupait d'eux avec une véritable sollicitude et qu'il tenait à justifier la confiance qui lui avait été témoignée. Les services qu'il a rendus à cette École ont été proclamés par des savants d'une haute importance.

Avec ses relations dans le monde scientifique — et aussi dans le monde politique — Julien aurait pu briguer une plus haute situation. Mais, ennemi de la réclame, essentiellement philosophe, il n'ambitionnait aucun honneur. Il trouvait sa satisfaction dans l'accomplissement du devoir et dans l'aide qu'il prêtait volontiers à ceux qu'il estimait. A maintes reprises, des sociétés savantes avaient manifesté le désir de le compter au nombre de leurs membres ; il avait toujours refusé. A ma demande, il avait consenti néanmoins à faire partie de l'Institut français d'Anthropologie qui vient de se fonder. Nous n'aurons pas hélas ! le bonheur de le voir parmi nous. A l'heure où l'Institut français d'Anthropologie tenait sa première séance, mon infortuné et cher ami agonisait. Au nom de mes collègues, j'apporte, à celui qui n'est plus, le tribut de nos regrets et l'expression de notre douleur.

Malgré l'étendue et la profondeur de ses connaissances, Alexis Julien a peu publié, du moins sous son nom. En 1877, sur les instances de Broca, il s'était décidé à donner à la « Revue d'Anthropologie » un intéressant commentaire critique *Des différentes définitions de la*

main et du pied. Deux ans plus tard, la même Revue publiait son mémoire sur *L'homotypie des membres thoraciques et abdominaux* dans lequel il démontra que l'humérus n'est pas un fémur retourné, comme l'avait prétendu Charles Martins. Au sujet de cette publication, des savants, parmi lesquels le professeur Sabatier, lui adressèrent des lettres fort élogieuses. En 1891, il communiqua à l'Académie des Sciences une première note sur la *Loi de position des centres nerveux*, loi qu'il compléta dans une seconde note communiquée à la même Académie en 1892. Cette année-là, il envoya une autre communication sur la *Loi de l'apparition du premier point épiphysaire des os longs.* Dans ces travaux, Julien montre nettement sa préoccupation de découvrir des lois applicables au Règne animal tout entier et à les concréter en des formules claires et précises.

Son *Aide-mémoire d'anatomie* a eu un grand succès, justifié par les services qu'il a rendus aux étudiants. Tout y est clair, ordonné sous forme de tableaux et facile à retenir, sans qu'il soit nécessaire de recourir à ces moyens mnémotechniques étranges imaginés par certains professeurs.

Julien avait entassé une multitude d'observations qui, malheureusement, disparaissent en partie avec lui. Toutes ne seront cependant pas perdues pour la science, car, avec cette générosité qui faisait le fond de son caractère, il en a souvent livré à des amis avec lesquels il collaborait de la façon la plus désintéressée. On ne saura jamais le nombre des publications qui ont paru sans son nom et qui, néanmoins sont, dans une large mesure, l'œuvre du trop généreux défunt.

La mort a mis brutalement fin à cette collaboration si profitable au progrès scientifique. Elle enlève à notre affection un homme merveilleusement doué, aussi honnête que consciencieux, aussi modeste que savant.

Nous ne te verrons plus, mon bien cher ami ! Tous ceux que tu as aimés resteront inconsolables de ta perte et ils n'oublieront jamais les trésors de tendresse que tu recélais en ton cœur. Adieu Julien ! Adieu !

D'autre part on lit dans le *Temps* du 25 janvier :

Académie de médecine.

Décès. Un anatomiste de valeur.— La plupart des membres s'entretiennent avant d'entrer en séance de la mort d'un anatomiste de grande valeur, M. Alexis Julien, professeur libre d'anatomie à Paris, qui a été ces jours derniers enlevé par une rapide maladie, à l'âge de soixante ans.

Les uns et les autres rendent hommage aux grandes qualités de l'homme privé et à la science de ce savant modeste, qui pendant ces trente dernières années contribua à former les nombreuses générations d'étudiants qui se sont succédé à l'amphithéâtre de Clamart. Il était l'auteur de travaux intéressants qu'il avait communiqués à l'Académie des sciences il y a une vingtaine d'années et qui traitaient les uns de questions d'anatomie pure (sternum, articulations diverses), les autres des problèmes de mécanique où étaient étudiés les leviers de l'organisme humain.

NOUVELLES

A l'Académie de médecine.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir l'élection de M. le Prof. Sebileau comme membre de l'Académie de médecine.

Nous lui adressons nos sincères félicitations.

École dentaire de Paris.

Dans sa séance du 24 janvier le Conseil d'administration de l'École dentaire de Paris a nommé pour occuper la chaire d'anatomie générale devenue vacante par la mort de M. Alexis Julien :

Professeur titulaire, MM. Grégoire, professeur agrégé à la Faculté de médecine.
Professeur suppléant, Rouvière, — —
Préparateur, Augier.

* * *

Par décision du Conseil d'administration du 24 janvier, un concours sera ouvert fin mars pour deux postes de chef de clinique de chirurgie dentaire.

Exposition de Bruxelles.

Nous apprenons avec plaisir que notre confrère M. Fourquet, de l'École odontotechnique, a obtenu à l'Exposition de Bruxelles un grand prix dans la collectivité dentaire pour son ouvrage : *Les arthrites alvéolo-dentaires.*

Nomination.

Dans sa séance du 21 novembre dernier la Société des dentistes suédois a nommé M. Francis Jean membre correspondant « *en raison des services qu'il a rendus à la science odontologique* ».

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Émile Dart, chirurgien-dentiste, avec Mlle Germaine Guillet, célébré le 19 janvier à Paris.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

Distinctions honorifiques.

Nous apprenons avec un vif plaisir que notre distingué confrère M. Chiavaro, de Rome, a été nommé commandeur de la couronne d'Italie.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Fête des Étudiants.

Les Étudiants de l'École dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, donneront le 25 mars à 8 h. 30, salle des Fêtes du *Petit Journal*, leur revue annuelle, suivie de bal.

Inspection dentaire scolaire.

Nous apprenons que M. Yvan Le Duigou, chirurgien-dentiste à Cholet, vient d'être nommé dentiste inspecteur des collèges de jeunes gens et de jeunes filles et des écoles de la ville de Cholet.

Canton de Neuchâtel.

Les dentistes du canton de Neuchâtel ont adressé une pétition au Grand Conseil pour réclamer le revision de la loi cantonale sur la médecine et les professions s'y rattachant, ainsi que l'abolition du libre exercice de l'art dentaire. Cette demande est motivée par le fait que le pays est envahi actuellement par des mécaniciens et des fabricants de dentiers.

*
* *

Une enquête se poursuit dans les écoles primaires du canton sur l'état de la dentition des enfants. Tous ceux qui ne reçoivent pas déjà les soins d'un dentiste seront examinés à tour de rôle et les parents recevront communication du résultat de cet examen. Nul doute que l'hygiène des enfants n'ait beaucoup à y gagner. On cite l'exemple d'une classe de garçons de 9 à 10 ans où un interrogatoire préalable a établi que sur 47 élèves, 8 seulement usent de la brosse à dents.

8e Congrès annuel des chirurgiens-dentistes autrichiens.

Le Syndicat central des chirurgiens-dentistes autrichiens (Stomatologen) a tenu son 8e Congrès annuel à Graz (Styrie).

MM. Jenkins, Jessen, Lenhardtson, etc. y assistaient.



Claude MARTIN

1843-1911

31e ANNÉE. N° 3 15 FÉVRIER 1911 VOL. XLV

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE RADIUM, SES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES, SON EMPLOI POSSIBLE EN ART DENTAIRE

Par L. DEKEYSER, de Bruxelles.

Au moment de prendre la parole pour développer cette conférence que votre distingué secrétaire général m'a demandée, je me trouve assez embarrassé. Je n'ai, en effet, que des connaissances peu étendues en art dentaire, ne m'étant jamais occupé de cette spécialité. D'autre part, le sujet que j'ai à traiter est si vaste qu'un court aperçu ne pourra donner qu'une faible idée de la question. Aussi dois-je à l'avance m'excuser auprès de vous si je ne puis qu'effleurer mon sujet.

Pour bien comprendre les phénomènes de la radio-activité, il faut nécessairement se reporter aux propriétés des rayons émis par le tube de Crookes. C'est, en effet, la relation qui existe entre la fluorescence qui apparaît dans celui-ci, au passage du courant électrique et les rayons Röntgen, qui servit de point de départ aux recherches qui ont illustré les Curie, Becquerel, Rutherford, Soddy, etc.

Comme vous le savez, le tube de Crookes est un tube ampoulaire, en verre dans lequel on a fait le vide et qui présente dans son intérieur deux électrodes métalliques, l'une négative ou cathode, l'autre positive ou anode, placées en regard l'une de l'autre. Si l'on fait passer dans ce tube le courant électrique produit par une machine statique

ou par la bobine de Rhumkorff, on observe toute une série de phénomènes curieux : le tube s'illumine, devient fluorescent et cette fluorescence varie avec le degré de vide de l'ampoule, avec la nature du gaz qu'elle contient, avec la forme du tube. De plus, la couleur n'en est pas uniforme et la cathode est toujours entourée d'une zone obscure. Or, si on étudie les phénomènes observés on constate des faits fort intéressants. Il semble, en effet, que de la cathode émane un agent spécial invisible en même temps que très actif : le rayon cathodique. Celui-ci jouit de propriétés spéciales dont quelques-unes le différencient des rayons Röntgen dont nous allons parler dans un instant. Ils se propagent en ligne droite, ils possèdent des effets thermiques, ils peuvent produire des actions mécaniques, ils transportent une charge négative, ils sont absorbés par les corps qu'ils traversent proportionnellement à la densité de ceux-ci ; enfin, ils excitent la fluorescence de certaines substances ; je signalerai encore qu'ils sont déviés par un champ magnétique ou par un champ électrique. Parmi ces phénomènes, il en est qui sont facilement démontrables. Si dans un tube de Crookes, par exemple, on introduit un objet en aluminium devant la cathode, on voit l'ombre projetée sur la paroi opposée, ce qui démontre et la direction du faisceau cathodique en ligne droite, et l'opacité de l'aluminium au rayonnement. De même si l'on dispose sur des rails en verre, entre les électrodes, un petit moulin à palettes en mica, on verra, au passage du courant, ce petit moulinet se mouvoir du pôle négatif vers le pôle positif, si le dispositif est placé sur le passage des rayons cathodiques : effet mécanique. L'effet calorique est démontré par l'emploi d'une cathode concave en face de laquelle on dispose une petite plaque métallique ; au passage du courant, les rayons cathodiques se concentreront sur la petite plaque métallique qui rougira et pourra même entrer en fusion. On pourrait multiplier ces expériences, mais je dois me borner et vous signaler seulement les plus démonstratives d'entre elles. En présence de ces effets si curieux, des rayons cathodiques,

l'on a dû admettre l'hypothèse qu'il s'agit là de particules matérielles transportant une certaine quantité d'électricité négative, particules dont la vitesse est évaluée à environ 40.000 kilomètres par seconde. Ces particules sont les *électrons* que l'on distingue, selon qu'ils sont chargés d'électricité négative ou positive en *anions* et en *cations*. Les effets observés seraient dus à un véritable bombardement des corps par ces corpuscules électriques.

Mais ces rayons cathodiques, dès qu'ils sont arrêtés par un obstacle quelconque — dans l'ampoule de Crookes, c'est la plaque anodique — donnent naissance (remarquez que je ne dis pas se transforment) à des rayons nouveaux, les rayons X ou de Röntgen. Mais si ceux-ci n'existent pas là où n'existent pas les rayons cathodiques, si leur existence est intimement liée à la présence de ces derniers, il n'en est pas moins remarquable que leurs propriétés diffèrent notablement: les rayons cathodiques diffusent rapidement dans l'air, contrairement aux rayons X ; ceux-ci ne sont pas électrisés, ils ne sont pas déviés par le champ magnétique. Mais, en revanche, ils jouissent de propriétés très importantes : ils traversent la plupart des corps et ils impressionnent la plaque photographique. De plus, les rayons X se propagent en ligne droite, mais ne subissent ni réflexion, ni réfraction, ils excitent la phosphorescence de certains corps (platinocyanure de baryum), ils provoquent la décharge des corps électrisés.

Cependant le phénomène de production des rayons X s'accompagnant toujours de fluorescence dans l'ampoule, Poincaré et après lui Becquerel se demandèrent s'il ne s'agissait pas là d'une propriété commune à tous les corps phosphorescents, et un certain nombre d'expériences parurent confirmer cette hypothèse. C'est ainsi que Charles Henry et Niewenglowski parvinrent à obtenir une impression de la plaque photographique et des radiographies avec du sulfure de zinc et du sulfure de calcium insolés. Troost et Henry réussirent une expérience analogue avec de la blende hexagonale. Becquerel voulut répéter l'expérience de Niewenglowski et uti-

lisa pour ce faire une plaque photographique disposée dans un sac de toile noire épaisse et opaque dont une des faces était formée d'une plaque d'aluminium de 2 mm. La gélatine fut tournée vers la plaque métallique et le tout fut exposé à la lumière diffuse après que l'on eut placé à l'extérieur de l'enlevoppe sur l'aluminium divers produits phosphorescents. Après insolation, le tout fut enfermé dans une boîte et laissé à l'obscurité pendant deux jours. L'épreuve photographique démontra une impression très nette sur la plaque au travers de l'aluminium par le sulfure de calcium bleu foncé, et le sulfure de calcium bleu clair. Malheureusement jamais cette expérience ne put être reproduite.

D'autres expériences du même genre, faites par Becquerel, avec des sels d'uranium, furent plus démonstratives encore. Et l'hypothèse de Poincaré semblait donc se vérifier. Mais voici qu'une déconvenue de laboratoire — si je puis ainsi m'exprimer — vint mettre Becquerel sur la trace de la découverte d'une propriété nouvelle de la matière : la radio-activité.

Comme on sait, les propriétés phosphorescentes d'un corps ne peuvent être mises en lumière que si cette phosphorescence est excitée au préalable, d'où nécessité d'insoler un tel corps (ou d'employer l'étincelle électrique). Or, les sels d'uranium exposés à la lumière perdent très rapidement leur luminescence de telle sorte que les expériences de Becquerel devaient se faire pendant toute leur durée à la lumière. Or, au cours d'une de ces expériences, le soleil ne s'étant pas montré, l'expérimentateur rentra ses châssis en laissant en place les lamelles d'uranium ; trois jours après les plaques furent développées et montrèrent des images d'une grande intensité. De nouvelles expériences faites à l'abri de toute lumière donnèrent des résultats analogues. Bien plus, le même sel d'uranium ayant servi à diverses expériences de même ordre, donna toujours les mêmes résultats. Il s'agissait donc bien d'un phénomène indépendant de l'action de la lumière et dû au sel d'uranium

lui-même dont l'énergie ne paraissait pas avoir diminué même après plusieurs années. C'était bien un phénomène « uranique », car tous les sels d'uranium le produisaient. Enfin, Becquerel constata que le rayonnement uranique décharge les corps électrisés.

Ici, j'ouvrirai une parenthèse pour rappeler des expériences bien oubliées aujourd'hui et qui présentent un intérêt cependant d'autant plus grand qu'elles se rapprochent beaucoup des faits observés par Becquerel. Elles sont dues pour la plupart à Niepce de Saint-Victor qui, vers 1860, fit toute une série de recherches sur ce qu'il appela la *lumière latente*. Ces expériences démontraient qu'il peut se produire un véritable emmagasinement de la lumière par des objets de nature diverse qui y ont été exposés un certain temps. Si, par exemple, on prend un tube en fer-blanc, garni à l'intérieur de papier blanc et fermé à une extrémité et que l'on expose le côté ouvert aux rayons du soleil pendant environ une heure, on constatera qu'après application de cette couverture sur une feuille de papier photographique, celui-ci montrera la circonférence de l'ouverture nettement imprimée. Même si l'on interpose entre le tube et le papier sensible une gravure, celle-ci se trouvera reproduite. Fait plus remarquable encore, le tube conservera pendant des mois et même des années la *faculté de radiation* que l'insolation lui a communiquée. En effet, si après celle-ci on a eu soin de refermer hermétiquement l'ouverture, on pourra impressionner une feuille de papier sensible, plusieurs années après, en y appliquant l'ouverture du tube préalablement découverte. Une autre expérience est également bien curieuse : une gravure qui a été exposée pendant environ une demi-heure au soleil, après avoir séjourné plusieurs jours dans l'obscurité, acquiert la propriété de se reproduire sur une feuille de papier sensible si on l'y applique dans l'obscurité pendant vingt-quatre heures !

Il y a là évidemment avec les premières expériences de Becquerel une similitude très grande bien qu'ici Niepce de Saint-Victor n'ait pas utilisé de corps phosphorescents, et

il serait intéressant de rechercher s'il n'y a pas là un phénomène se rapprochant de la radio-activité.

Mais celle-ci présente un caractère spécial, *c'est d'émettre spontanément des radiations sans l'intervention d'énergies externes apparentes.*

C'est ce que Becquerel exprimait dans ces termes en 1896 :

« L'uranium et tous les sels de ce métal émettent un rayonnement invisible et pénétrant qui produit des actions chimiques photographiques et décharge à distance les corps électrisés. Ce rayonnement paraît avoir une intensité constante, indépendante du temps et n'être influencé par aucune cause excitatrice extérieure connue. Il paraît donc spontané. Il traverse les métaux, le papier noir et les corps opaques pour la lumière.

» La plaque photographique et l'électroscope forment les bases des deux méthodes d'investigation pour étudier le nouveau rayonnement. La propriété radiante est liée à la présence de l'élément uranium : c'est une propriété atomique, indépendante de l'état moléculaire des composés.

» Les corps frappés par le rayonnement nouveau émettent eux-mêmes un rayonnement secondaire qui impressionne une plaque photographique. »

Il s'agit là d'un phénomène extraordinaire, de la démonstration d'une énergie constante d'une durée qui semble à première vue indéfinie et qui s'exerce sans transformation apparente de la matière, d'une façon spontanée. L'uranium ne perd rien de son poids et lorsqu'on trouva le radium dont la puissance énergétique est énorme, on se demanda si le grand principe de Lavoisier : « Rien ne se crée, rien ne se perd, tout se transforme », n'allait pas être balayé par la découverte de cette nouvelle propriété de la matière. G. Le Bon crut même pouvoir mettre en exergue d'un de ses ouvrages : *L'évolution de la matière,* cette phrase qui est la négation de tout ce que la physique nous a enseigné et nous enseigne encore : *Tout se perd.*

A la réflexion, il faut bien reconnaître cependant que,

comme le disait le professeur Héger dans la remarquable conférence qu'il donna à l'Université après les fêtes du soixante-quinzième anniversaire de la fondation de celle-ci, et qui portait comme titre : *Une leçon de physiologie en 1834 et en 1910,* le vieux monument est attaqué, mais il résiste encore solidement. Cette énergie énorme produite par les corps radio-actifs est-elle vraiment spontanée ? En réalité, nous l'ignorons complètement. Elle paraît spontanée, mais cela ne signifierait-il pas que nos méthodes d'investigation sont encore aujourd'hui trop peu précises et trop insuffisantes pour nous permettre de nous rendre compte si somme toute il n'y a pas là aussi une transformation d'énergie, d'une énergie latente, peut-être d'une énergie solaire comme nous le voyons dans les expériences de Niepce de Saint-Victor.

Comme le dit très bien Batelli : « Des conclusions ont été tirées trop hâtivement des prémisses qui n'étaient pas certaines ; un perfectionnement des méthodes de mesure, une recherche moins fébrile, une interprétation plus judicieuse, amèneront peut-être à modifier nos idées sur la radio-activité ou à en fixer un cadre solide, bien établi sur des bases sûres et contrôlées. »

Dès que la propriété nouvelle fut connue, on se demanda tout naturellement si d'autres corps que l'uranium ne la possédaient pas et si même elle n'était pas commune à tous les corps.

Des recherches nombreuses établirent bientôt que le thorium, le radium, le polonium, l'actinium, possédaient en commun cette propriété, mais à des degrés divers. C'est en procédant à ces recherches que Mme Curie découvrit les sels de radium. Voici comment elle y fut amenée. Examinant des minerais contenant du thorium et de l'uranium : pechblende, calcolithe, monazite, carnotite, etc., elle constata que quelques-uns possédaient une radio-activité beaucoup plus grande que celle de l'uranium métallique : pechblende de Joachimsthal, 3.04, de Pzibran, 2.8, calcolithe, 2.3, autunite, 1.2. Mais le pechblende est un minéral d'uranium,

la calcolithe est un phosphate de cuivre et d'uranium et l'autunite est un phosphate de chaux et d'uranium. Or, l'énergie de radiation d'un composé radio-actif étant due uniquement à la grande quantité d'élément actif qu'il renferme, il fallait bien admettre, il fallait bien en conclure que ces trois corps renfermaient des produits plus radio-actifs que l'uranium et le thorium et différents de ceux-ci.

Afin d'en avoir la certitude, Mme Curie prépara de la calcolithe artificiellement et constata que la radio-activité du corps ainsi obtenu était sensiblement plus faible que celle de l'échantillon naturel examiné et deux fois et demi moins active que l'uranium pur. Enfin le pechblende de Joachimsthal, débarrassé de son uranium, restait encore fortement radio-actif. Comme on ne connaissait des corps à rechercher que la propriété radio-active, ce fut celle-ci qui servit à la recherche. Le principe fut le suivant : le pechblende étant débarrassé de l'uranium qu'il contenait est mesuré au point de vue de la radio-activité. On opère ensuite une première séparation chimique et, l'on mesure la radio-activité des produits. On sait ainsi si l'un des produits a conservé toute la radio-activité ou si celle-ci s'est partagée entre les divers produits et dans quelles proportions. On continue les séparations jusqu'à obtention du résultat cherché. Je ne puis entrer ici dans les détails de ces opérations. Qu'il me suffise de dire qu'elles sont longues et délicates. On obtient d'abord d'une tonne de pechblende, débarrassé au préalable de l'uranium, une dizaine de kilogrammes de sulfates (de calcium, de plomb, de sodium, d'aluminium, de silicium) d'une activité environ cinquante fois plus élevée que celle de l'uranium métallique ; on en tire huit kilogrammes de chlorure de baryum radifère d'une activité de 60 (l'uranium étant pris comme unité) ; enfin, à la suite de nombreuses cristallisations fractionnées, on obtient douze centigrammes de bromure de radium contenant des traces de baryum et ayant une activité de 1.000.000. C'est au cours de ces opérations que l'on découvrit le polonium, 400 fois plus actif que l'uranium, mais dont l'activité diminue rapidement.

Enfin, Debierne parvint à extraire l'actinium d'une activité de 10. C'est l'actinium qui constitue l'élément actif des boues radifères que j'expérimente actuellement et qui ont donné des résultats remarquables dans certaines formes de rhumatisme et notamment dans le rhumatisme gonococcique.

On comprend, en présence des quelques détails que je viens de donner sur le procédé d'extraction des sels de radium, que ce produit extrêmement rare soit très coûteux et je ne crois pas m'avancer trop en vous disant que c'est la plus coûteuse des substances connues. On s'en étonnera peu cependant si l'on se rend compte qu'une tonne de pechblende demande cinq tonnes de produits chimiques et 50 tonnes d'eau pour donner 12 centigrammes de bromure de radium ! Les prix varient naturellement selon le poids et la radio-activité : 1 centigramme de sel baryum radium (activité 500.000) vaut actuellement mille francs !

Quelles sont les propriétés de ce métal ? Certaines d'entre elles sont absolument déconcertantes et, comme je disais tantôt, semblent heurter de front toutes nos théories physiques.

Au point de vue chimique, on sait que les sels de radium émettent constamment de l'ozone, ce qui est facile à démontrer à l'aide du papier à l'iodure d'amidon qui bleuit ; ils ont la propriété de colorer le verre en brun, puis en violet, comme j'ai pu le constater moi-même au cours d'expériences dont je vous dirai quelques mots tout à l'heure. Il est probable qu'il s'agit là d'une oxydation du manganèse contenu dans le verre ou bien d'une action sur les sels de potassium et de sodium, ou encore d'une réduction du plomb. Cette coloration persiste, mais elle disparaît cependant si l'on porte le verre à une température de 500 degrés ou si on le soumet à l'action des rayons ultra-violets. Les sels alcalins prennent des colorations variables. Le quartz transparent devient fumé. La topaze incolore prend une coloration orange. Geisel a démontré qu'en solution aqueuse les

sels de radium dégagent de l'hydrogène. Berthelot en immergeant pendant neuf jours un tube contenant un sel de radium dans une éprouvette contenant de l'acide iodhydrique a mis l'iode en liberté. Je reviendrai tout à l'heure sur cette expérience à propos des premiers résultats que j'ai obtenus au cours de recherches que j'ai entreprises sur les actions du radium.

Mais les phénomènes physiques nous intéressent davantage parce que ce sont eux qui vont nous permettre non seulement de mesurer la radio-activité du radium, mais encore de nous rendre compte de la nature du rayonnement et de sa complexité. Parmi les effets physiques du radium, trois sont très importants car ils sont d'apparence spontanée : le radium paraît spontanément lumineux, il dégage spontanément de la chaleur, il se charge spontanément d'électricité. Le radium paraît lumineux : c'est là un fait d'observation banale pour ceux qui ont manié un peu les sels de ce métal, mais de plus il peut provoquer la luminescence d'autres corps. C'est ainsi que l'écran au platinocyanure de baryum, les sels d'uranium, le diamant, le coton, le sulfure de zinc, le papier, etc., deviennent fluorescents. Le même phénomène se produit sous l'influence des rayons cathodiques et des rayons X, mais avec une intensité beaucoup moins grande. Mais il y a plus : si l'on approche un sel de radium de l'œil fermé d'un observateur, celui-ci perçoit une sensation de lumière due probablement au fait que les milieux de l'œil deviennent phosphorescents selon l'hypothèse de Himstedt et Nagel. Les aveugles dont la rétine est intacte peuvent aussi avoir la sensation de cette lueur. London, de Saint-Pétersbourg, avait même cru pouvoir sinon rendre la vue à ceux-ci, tout au moins leur donner une certaine capacité de perception lumineuse pouvant les rendre aptes à se diriger. Malheureusement cet espoir n'a guère été réalisé.

Le radium dégage de la chaleur. Il est facile de le démontrer : on prend deux vases à isolement calorifique de Dewar (vases à doubles parois ; entre les parois le vide a

été fait), dans lesquels on place dans l'un un peu de chlorure de radium, dans l'autre un poids égal de sel inactif. Chacun de ces vases contient un thermomètre à mercure et est fermé par un bouchon d'ouate. Or, on constate que le thermomètre en rapport avec le sel de radium indique une température toujours supérieure de trois degrés à celle marquée par le second thermomètre. On a calculé qu'un gramme de bromure de radium dégage 100 petites calories par heure. Avec 1.0523 gramme de bromure de radium et de baryum, ce qui correspond à 0.7931 gramme de radium, on peut obtenir dans le calorimètre une élévation de température de 5°5 Celsius.

Le radium se charge d'électricité. En effet, si l'on enferme un sel de radium dans un tube de verre qui l'isole complètement il se charge à un potentiel suffisamment élevé pour produire une étincelle. Mme Curie le constata par hasard en voulant ouvrir d'un trait de lime un tube contenant du radium depuis un certain temps. Un petit bruit sec se fit entendre, accompagné de la production d'une petite étincelle, et elle constata à la loupe qu'à la partie du verre qui avait été amincie par le trait de lime une petite perforation s'était produite.

Nous savons aussi que les sels de radium ionisent l'air fortement. Une expérience très démonstrative permet de mettre ce phénomène en évidence. Si l'on fait jaillir l'étincelle ramifiée produite par la bobine de Rhumkorff entre les deux branches du spintermètre, l'une terminée par une boule, l'autre par un disque, on verra cette étincelle interrompue et cesser de jaillir dès que l'on en approchera un sel de radium. L'air étant devenu conducteur, la différence de potentiel qui existait entre les deux branches du spintermètre a diminué et n'est plus suffisante pour laisser passer l'étincelle.

C'est cette propriété ionisante des irradiations du radium qui a servi à mesurer les intensités de celle-ci. On utilise pour cela un électroscope dont il existe différents types appropriés aux usages spéciaux pour lesquels ils sont desti-

nés et dont des dispositifs particuliers permettent soit d'augmenter la sensibilité, soit d'accroître la capacité. C'est un de ces électroscopes que je vous montre ici. Le principe de l'appareil est très simple. C'est une boîte en cuivre complètement fermée, mais pourvue de deux fenêtres en mica permettant d'en voir l'intérieur. Dans la paroi supérieure passe une tige métallique engaînée d'un anneau d'ambre qui l'isole complètement de la paroi métallique. La tige pénètre de quatre à cinq centimètres et porte une feuille d'or très mince, fixée à la partie supérieure de la tige et pendant donc librement le long de celle-ci. L'extrémité inférieure de la feuille d'or peut se mouvoir le long d'une règle portant des divisions numérotées. La partie extérieure de la tige métallique porte une petite boule en cuivre que l'on électrise en en approchant un bâton d'ambre électrisé par frottement. La feuille d'or s'écarte aussitôt de la tige métallique formant avec celle-ci un angle aigu dont l'ouverture correspond à la règle graduée. Ainsi chargé, l'électroscope ne se décharge spontanément qu'après un temps assez long. Si alors on enlève le fond mobile de l'électroscope pour y placer un corps radio-actif, on voit aussitôt la feuille d'or se rapprocher de la tige métallique, c'est-à-dire se décharger, avec une rapidité qui sera fonction de l'intensité de la radio-activité du corps en expérience. Naturellement, il faut d'abord fixer l'unité pour chaque électroscope, ce qui se fait pour l'appareil que je vous montre avec l'étalon d'uranium que voici dont l'activité est de 0.53. Lorsqu'il s'agit de mesurer de fortes radio-activités on utilise des électroscopes plus compliqués dont le plus employé est l'appareil imaginé par M. et Mme Curie : l'électroscope au quartz piézo-électrique, basé sur la propriété que ce corps possède de dégager de l'électricité lorsqu'on le soumet à une traction, dirigée perpendiculairement aux axes optiques et ternaires du cristal. En France on a choisi comme unité radio-active, l'uranium. En Allemagne on calcule en volts l'énergie radio-active. Cette dernière façon de procéder n'est pas exempte de reproches ; elle tend d'abord à assimiler les phénomènes

de la radio-activité aux phénomènes électriques, ce qui n'est pas démontré jusqu'ici ; d'autre part le calcul par volts n'est exact qu'à la condition de connaître d'avance la capacité de l'électroscope ou plus exactement de l'électromètre ; enfin, la graduation en volts dépendant de la position relative des différentes parties de l'instrument, ou doit étalonner à nouveau celui-ci chaque fois qu'on le déplace. On s'occupe actuellement d'unifier les mesures en radio-activité afin de pouvoir rendre comparables entre elles les recherches entreprises partout sur les phénomènes radio-actifs.

On pourrait également employer comme moyen de déterminer la radio-activité d'un corps la plaque photographique ou même l'écran fluorescent. On sait, en effet, que les sels de radium impressionnent la plaque photographique, ce qui permet d'obtenir facilement de véritables radiographies. Une expérience faite par Bayet a démontré par la photographie l'activité extraordinaire des rayons radiques. Il plaça, sous un pavé en porphyre de Quenast de 12 centimètres d'épaisseur, une plaque photographique enveloppée de son papier noir ; sur cette plaque, une croix en plomb et sur le pavé une petite plaque de radium d'activité 500.000. Au bout de 60 heures, la plaque photographique fut développée et montra nettement l'image de la croix en plomb. Les sels de radium rendent fluorescentes les substances phosphorescentes (platinocyanure de baryum, willémite, kunzite, blende hexagonale de zinc), mais les radiations ne peuvent être révélées par ce moyen que si elles sont assez intenses.

Ces deux méthodes, photographique et phosphorescente, ne peuvent donner au point de vue de l'irradiation qu'une approximation toute relative et ne peuvent guère être employées que pour déterminer la radio-activité au point de vue qualificatif. La méthode électrique reste de loin la plus sensible puisqu'elle permet de déceler une radio-activité de l'ordre d'un centième de celle de l'uranium.

Mais, de même que le courant électrique en passant dans

l'ampoule de Crookes, donne naissance à un rayonnement complexe : rayons cathodiques, rayons X, rayons canaux ou de Goldstein, de même le rayonnement émis par le radium n'est pas homogène. En effet, si l'on dispose un peu de sel de radium dans une excavation profonde creusée dans un bloc de plomb, on constate qu'un mince faisceau de rayons rectilignes impressionne la plaque photographique. Si alors on fait agir perpendiculairement à ce faisceau, un champ magnétique intense et uniforme, on s'aperçoit que trois rayonnements apparaissent : un faisceau a conservé sa direction rectiligne et apparaît peu intense ; un second faisceau est dévié et forme une trajectoire assez courte dans le plan de la figure, vers la droite ; un troisième faisceau est légèrement dévié vers la gauche et est rapidement absorbé par l'air. On a donné à ces rayons différents les noms de rayons γ, rayons β, rayons α. On a cru également pouvoir admettre l'existence de rayons δ (Thomson) analogues aux rayons β, mais présentant pourtant quelques caractères spéciaux. Mais leur démonstration est assez délicate et en somme leurs caractères ne les différencient que très faiblement des rayons β.

La connaissance de ces trois espèces de rayons est importante à connaître, car en thérapeutique nous devons pouvoir utiliser les propriétés spéciales de chacun de ces rayonnements selon les cas soumis à notre examen. Par l'étude de ces radiations, on est arrivé à mettre en lumière les propriétés suivantes :

Rayons α : sont déviés légèrement et à gauche par le champ magnétique ; ils sont peu pénétrants : ils sont absorbés rapidement par l'air ; une lamelle d'aluminium de 1/10 de mm. les empêche de passer, de même quelques feuilles de papier ; les rayons α sont électrisés positivement et sont analogues aux rayons canaux. On les considère comme de petites particules portant une charge électrique positive et douées d'une vitesse égale au dixième environ de celle de la lumière. On peut se rendre compte de l'exactitude de

cette conception à l'aide du spinthariscope de Crookes. C'est une lunette grossissante qui porte à son extrémité un fragment très petit de sel de radium placé devant un écran de sulfure de zinc. En examinant avec attention ce dernier on voit s'y projeter constamment une pluie de petites étincelles. Chose intéressante, la particule est quatre fois plus grande que l'atome d'hydrogène et est égale à l'atome d'hélium. Cette constatation, appuyée du reste par un certain nombre de faits, a fait admettre par quelques auteurs que l'atome d'hélium n'est autre chose que la particule α ayant abandonné sa charge électrique.

Rayons β : ceux-ci sont analogues aux rayons cathodiques ; ils sont déviés très fortement à droite et très facilement par le champ magnétique ; ils sont très pénétrants mais, de même que leur déviation par le champ magnétique est irrégulière, de même leur pouvoir de pénétration n'est pas uniforme : alors que certains de ces rayons sont arrêtés par une lame d'aluminium de 1/10 de mm. d'épaisseur, d'autres traversent plusieurs millimètres de plomb. On les a pour cette raison divisés en β mous et β durs ; ils ne sont donc pas homogènes. Les rayons β sont électrisés négativement ; ce sont des corpuscules qui sont doués d'une vitesse égale à celle de la lumière et dont la petitesse serait extrême, infiniment plus grande que celle de l'atome d'hydrogène. On les considère comme constituant l'atome électrique.

Rayons γ : ceux-ci ne sont pas déviés par le champ magnétique et sont analogues aux rayons X, ils ont pourtant une pénétrabilité beaucoup plus grande, pouvant traverser même plusieurs centimètres de métal. Ces rayons ne portent aucune charge électrique. On suppose, puisqu'ils ne subissent ni l'influence du champ magnétique ni celle du champ électrique, tout en conservant une puissance remarquable de pénétration, que ce ne sont pas des corpuscules matériels doués de vitesse, mais bien plutôt une perturbation de

l'éther. Ce schéma de Batelli représente très bien les caractéristiques principales des rayons α et β.

	MASSE	VÉLOCITÉ	ÉNERGIE
α	○	—	X
β	○	——	○

L'énergie que possèdent les rayons γ est plus faible encore que celle des rayons β (la vitesse des rayons γ est considérée comme égale à celle de la lumière). Quant à la masse, nous n'en pouvons parler, puisque le rayon γ n'est pas considéré comme étant de nature matérielle [1].

Pour ce qui concerne les rayons δ dont j'ai parlé tout à l'heure, ils sont électrisés positivement contrairement aux rayons β dont ils se rapprochent au point de vue des autres caractères.

Le radium et ses sels possèdent ces trois espèces de rayons, mais il n'en est pas de même de tous les corps radio-actifs. L'uranium n'émet que des β et des γ, l'ionium des α, le thorium des α, le mesothorium des β et des γ, l'actinium des α et des β, le polonium des α.

Mais dans le rayonnement émis par le radium et ses sels, il faut tenir compte encore du rayonnement secondaire ou induit, découvert par Becquerel. On appelle ainsi le rayonnement émis par tout corps frappé par un produit radioactif. Il devient donc lui-même radio-actif, mais son pouvoir cesse assez rapidement. Quelques corps radio-activés le sont plus que d'autres et le sont pendant plus longtemps. Peut-

1. La masse d'un corps est, comme on sait, égale au quotient de son poids par l'accélération due à la pesanteur. Elle résulte de la quantité de matière que le corps renferme.

être est-ce à cette particularité qu'il faut attribuer certains accidents légers (érythème prurigineux), que j'ai observés plusieurs fois après irradiations à travers des filtres constitués par des lamelles en plomb. Ils ne se produisirent plus, en effet, lorsque j'eus remplacé les lamelles en plomb par des lamelles de même épaisseur en nickel.

Non seulement les corps radio-actifs ont la propriété de rendre radio-actifs temporairement les corps avec lesquels ils ont été en contact, mais ils jouissent en outre d'une propriété spéciale, celle d'émettre de l'émanation. L'émanation semble être un gaz radio-actif produit d'une façon constante et continue par tous les corps radio-actifs. Cette émanation est très intéressante à étudier, mais elle n'a guère été employée jusqu'à présent en médecine. L'on a fait cependant quelques essais thérapeutiques à l'aide de médicaments radifères, c'est-à-dire chargés d'émanation. Jaboin surtout s'est consacré à cette étude, mais les résultats obtenus jusqu'à présent sont peu nombreux et trop peu fixés pour être autorisé à en tirer des conclusions d'une certaine valeur pratique. Il semble cependant que si un grand nombre d'eaux minérales jouissent au griffon de propriétés plus actives que ces mêmes eaux mises en bouteilles, c'est qu'elles sont à ce moment chargées d'émanation, émanation qui disparaît spontanément, assez rapidement.

(A suivre.)

APPLICATION DE L'ARGENT EN PROTHÈSE DENTAIRE

Par L. Cecconi,

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

L'argent est un métal blanc d'apparence, doué d'un certain éclat métallique. Sa malléabilité et sa ténacité l'ont fait employer depuis les temps les plus reculés en bijouterie et en orfèvrerie. Sa ténacité est supérieure à l'or : pour casser un fil d'argent de deux millimètres d'épaisseur, il faut un poids de quatre-vingt-cinq kilogs ; pour un fil d'or de même diamètre il suffit de soixante-huit kilogs. Il est donc évident que ce métal peut être employé pour les couronnes, inlays, bridges et dents à pivot.

Au point de vue technique, pour l'enseignement dans les écoles dentaires, l'argent a sur l'or quelques avantages qu'il importe de signaler :

1° La différence de son prix d'achat avec celui de l'or est très appréciable ;

2° Comme il est plus difficile à travailler, il donne, au point de vue de l'enseignement, de meilleurs résultats.

Au point de vue du fonctionnement (mastication), l'argent est semblable à l'or, et enfin son emploi dans ces genres de travaux fera disparaître en partie la concurrence que les écoles dentaires font au corps professionnel et rétablira peut-être la bonne harmonie qui régnait jadis entre nos confrères.

En somme les services que l'argent peut rendre à la profession dentaire sont multiples ; je ne vois donc pas pourquoi on laisserait ce métal dans l'oubli. Les propriétés de l'argent sont à peu de chose près identiques à celles de l'or : l'argent se brase comme bien des métaux n°s 1 et 2 à condition, pour cette opération, que son degré de

chaleur soit élevé presque jusqu'à son point de fusion (1.000 degrés).



Les parois destinées à être brasées doivent être extrêmement propres, pour éviter autant que possible la formation, sous l'action de la chaleur, du sulfure d'argent qui oxyderait les surfaces destinées au brasage, de

sorte que l'insuccès serait complet. Je me hâte d'ajouter que le brasage de l'argent est une difficulté qu'on peut fort bien éviter, cette opération n'étant d'aucune utilité. Le brasage de l'or est au contraire très utile parce qu'il permet de ne pas employer de soudure, dont l'inconvénient est la présence de ces traces ; mais comme la soudure d'argent s'oxyde au même degré que l'argent lui-même, toutes les traces disparaissent sous cette oxydation, seul inconvénient des travaux en argent.

La confection des couronnes est la même que celle des couronnes en or. On peut aussi bien les braser que les souder, n° 2 ; cependant je préfère ce dernier procédé qui évite une difficulté inutile.

On peut aussi faire les couronnes la face triturante coulée avec la presse Solbrig-Platschick, mais c'est là que l'argent coulé sur une bague dans un cylindre ne se brase pas, n° 3, à cause d'une couche de sulfure d'argent qui se forme sous l'influence de la chaleur ; la face triturante s'applique si parfaitement sur la bague qu'on la croirait brasée n° 4 ; il est indispensable de faire couler deux paillons de soudure intérieurement pour éviter que la face triturante ne se détache de la bague. Par contre on peut faire une bague en or à 22 carats et couler sur cette bague une face triturante en argent, n° 5. Elle se brasera très bien parce que l'or ne dégage pas de sulfure.

Pour les dents à pivot, qu'on peut couler par groupes, n° 6 et les inlays n° 7, on procède comme pour l'or. Les bridges aussi peuvent se faire à la presse Solbrig-Platschick n° 8 ou avec le procédé ordinaire, c'est-à-dire soudés n° 9.

A la séance mensuelle de la Société d'Odontologie du 5 juillet j'ai eu la bonne fortune de présenter deux sujets qui portaient des bridges en argent depuis plusieurs mois, ils en ont manifesté leur pleine satisfaction sur tous les points et n'avaient subi presque pas d'oxydation.

SERVICE DENTAIRE SCOLAIRE DE BRUXELLES

Résumé de quelques observations.

Par MM. Bôn et Van Campenhout.

Nous préserver des maladies, fortifier, perfectionner notre organisme, voilà ce que nous enseignent les règles de l'hygiène, et c'est, dès la plus tendre enfance que doivent être appliqués ces principes essentiels et régénérateurs qui tendent à donner à chaque individu un sang pur et riche, un corps sain et fort, et par conséquent à influencer favorablement l'organisme aussi bien que le libre jeu de nos facultés morales, car dans un corps sain et vigoureux se logent les âmes fortes et bien trempées : *mens sana in corpore sano.*

C'est surtout dans les classes ouvrières que l'on doit s'efforcer de faire pénétrer les notions d'hygiène. C'est dans ce but que certaines villes ont organisé un service médical chargé de surveiller la santé des élèves de leurs écoles et la salubrité des locaux où se donne l'enseignement.

Cependant parmi tant d'efforts louables, un point est négligé : l'hygiène de la bouche, et cependant quelles tristes conséquences a pour tout individu une dentition peu soignée, une mauvaise hygiène de la bouche ! De combien de maux ne sont-elles pas cause ! Il faut donc que, dès l'enfance, la bouche soit tenue dans un état de propreté parfaite, les dents nettoyées et soignées.

Souvent une dent extraite en bas âge neutralise les funestes conséquences d'une dentition défectueuse et l'on obtient par une ablation, faite à temps, ce que ne pourrait faire un appareil coûteux et parfois gênant. Non seulement une dent mal placée enlaidit les plus gracieux visages, mais encore peut être cause d'accidents qui défigurent à jamais.

Pour ne parler que de notre pays, Bruxelles est la première ville qui ait compris l'utilité d'un service dentaire dans les écoles communales. En 1877, feu M. H. Bôn, de con-

cert avec les autorités communales, fut le promoteur de ce service qui depuis lors a été complètement réorganisé et amélioré.

Deux dentistes sont attachés à la Clinique scolaire, la population des écoles de Bruxelles se compose actuellement de plus de 12.000 élèves. Chaque élève est examiné deux fois par an. Ceux qui réclament des soins sont désignés pour se rendre à jour fixe, sous la conduite d'un instituteur, au Bureau d'hygiène, où est établie la clinique scolaire, qui ne laisse plus rien à désirer comme installation, car elle est outillée et aménagée de façon à pouvoir donner aux jeunes gens tous les soins que nécessite l'état de leur dentition. Nous recherchons les causes des gingivites, des périostites et nous indiquons le traitement à suivre. Les dents de lait sont enlevées quand elles sont un obstacle à la sortie des dents de la seconde dentition. De plus il est tenu note de toutes les irrégularités de la bouche. Les dents permanentes atteintes de carie au troisième degré sont extraites. Comme le traitement de cette variété de caries est long et que les enfants ne se représentent plus, nous extrayons la dent. Cette clientèle est en effet très difficile et ne se prête pas aux traitements à longue échéance ; souvent le petit malade, soulagé par le premier pansement, ne se représente plus pour l'obturation définitive de la dent cariée.

Les enfants sont généralement assez patients lorsqu'il s'agit de leur extraire une dent. Lorsqu'on prévoit que l'opération sera douloureuse on a recours à des anesthésiques locaux.

Les enfants dont l'état nécessite nos soins n'ont pas à attendre nos visites ; ils peuvent se présenter tous les jeudis à notre clinique dentaire.

Quant aux anomalies, nous y mettons tous nos soins. Ce sont surtout les canines supérieures qui sont frappées d'anomalies de direction. La plupart du temps, elles sont placées au-dessus de l'incisive latérale et de la première petite molaire ; dans ce cas nous n'hésitons pas à extraire la prémolaire. Parfois nous avons été appelés à confectionner des appareils de restauration buccale.

Une causerie sur l'hygiène dentaire est faite dans la classe supérieure de chaque école. L'élève doit en faire le résumé.

Les enfants qui vont en colonie scolaire sont mis à même de pratiquer les notions d'hygiène buccale qui leur ont été enseignées à l'école. A cet effet, on les munit à leur départ de poudre dentifrice et d'une brosse à dents. Ils doivent se servir aussi d'un gargarisme d'acide borique à 40/000.

Les chefs d'école et leur personnel enseignant comprennent l'utilité du service dentaire. Ils engagent vivement leurs élèves à se faire visiter tous les six mois. Ils nous sont d'une aide efficace dans notre tâche, et les conseils qu'ils donnent à leurs élèves portent leurs fruits. C'est ainsi que tous les jeudis nous voyons beaucoup d'enfants venir spontanément réclamer nos soins au Bureau d'hygiène.

L'affection la plus répandue est la périostite. C'est surtout dans les quartiers populeux que l'on rencontre le plus d'enfants atteints de cette affection. Sur cent enfants entre 6 et 10 ans, soixante-dix sont atteints de périostite. Quand cette lésion provient du manque de soins de la bouche, nous apprenons à l'enfant à se soigner ; si nous remarquons que les dents sont recouvertes de tartre, nous l'enlevons, et nos petits malades sont munis d'antiseptiques nécessaires et de dentifrices pour continuer le traitement chez eux. L'Administration communale fournit les brosses à dents. La périostite en général est amenée par les dents cariées surtout de la première dentition. On pourrait nous reprocher d'enlever facilement les dents de la seconde dentition ; l'expérience nous a prouvé que peu d'enfants se soumettent au traitement rationnel. Nous sommes persuadés que nous leur rendons un grand service en leur enlevant la dent cause du mal plutôt que de laisser subsister celui-ci.

Nous insistons sur la nécessité d'inspecter la bouche de chaque enfant séparément. Soit par crainte, soit par ignorance, très peu d'enfants accusent spontanément le mauvais état de leur bouche. Il n'y a vraiment que dans les cas d'odontalgie très vive qu'ils demandent à être soulagés. En procé-

dant à cette inspection individuelle qui nous permet de faire disparaître la cause du mal et d'indiquer les soins hygiéniques que comporte chaque cas, nous sommes certains de faire de la bonne hygiène préventive et de rendre beaucoup de services à nos petits malades.

Nous sommes convaincus de l'importance des soins dentaires réguliers et périodiques aux enfants des écoles ; il faut aussi développer chez eux les connaissances les plus essentielles de l'hygiène dentaire. Il serait donc désirable de voir ce service d'inspection dentaire se généraliser dans toutes les écoles primaires et moyennes. Malheureusement nous avons à compter avec l'ignorance et l'inertie des parents, car ce n'est que sur leur autorisation écrite qu'il nous est permis d'opérer. Trop souvent les parents capitulent devant la mauvaise volonté et les larmes de leurs enfants, ne se doutant pas qu'il suffit parfois de quelques opérations, en général peu douloureuses, pour sauver une bouche d'un vrai désastre et que la présence tardive de quelques dents temporaires est la cause de déformations qu'on ne pourra corriger qu'à l'aide d'appareils.

Il faudrait donc, pour que le succès répondît à notre attente, que la formalité de l'autorisation des parents disparût. On comprend la nécessité de cette autorisation dans les cas d'intervention chirurgicale et encore ici il est admis que les médecins des hôpitaux peuvent passer outre dans le cas d'urgence et de danger. Le salut du malade est la loi suprême.

Cela nous amène à constater que l'éducation des parents reste également à faire. C'est leur attention qu'il faut éveiller, leur inertie et leur ignorance qu'il faut secouer.

Il serait désirable que dans chaque école, à côté des images et des graphiques indiquant les horreurs de l'alcoolisme, figurassent quelques indications brèves et énergiques rédigées en style lapidaire mentionnant les soins à donner au corps et en particulier à la bouche.

Disons maintenant un mot des enfants anormaux.

Nous avons une école d'enseignement spécial pour cette

catégorie d'enfants. Elle fut créée à Bruxelles en 1897 sur l'initiative de notre regretté échevin de l'Instruction publique, M. Léon Lepage. Elle ne devait recevoir que les enfants incapables de suivre les cours ordinaires.

On divisait les enfants anormaux en deux classes : les anormaux médicaux et les anormaux pédagogiques. Les premiers sont ceux dont l'état physique laisse à désirer. Les seconds sont les enfants arriérés dans leurs études. M. Binet, directeur de l'Institut de psychologie de la Sorbonne, crée une troisième classe d'enfants anormaux : les anormaux d'hospice.

Nous avons visité spécialement l'Ecole 14 se composant uniquement de sujets anormaux. Grâce à l'obligeance de son distingué directeur, M. Lacroix, nous avons pu voir tous ses élèves, qu'il appelle « les ralentis de l'intelligence ». Nous avons examiné les enfants avec le plus grand soin. Nous avions du reste remarqué dans nos visites ultérieures que ces enfants ont en général de bonnes dents et de plus les arcades dentaires largement développées et par conséquent les dents bien rangées, très peu de palais en ogive, aucune canine frappée d'anomalie de direction, défectuosité si répandue chez l'enfant en général ; du reste nous prouverons les faits que nous avançons en vous soumettant une vingtaine de modèles appartenant aux anormaux médicaux.

Les différents auteurs que nous avons consultés ne font pas de la bouche des anormaux une étude spéciale. Ils se bornent à signaler parmi les déformations morales des anomalies physiques, entre autres celles de la forme de la mâchoire.

Voici quelques notes empruntées à la nouvelle « Iconographie de la Salpétrière » XVII, 1904, p. 169. Type infantile de gigantisme. Face allongée et cet allongement se fait surtout au dépens du maxillaire inférieur, si le menton n'est pas très proéminent en galoche, l'angle maxillaire est très obtus, la hanche inférieure de l'os est très élargie. Ce signe, bien plus que le prognathisme proprement dit,

caractérise la déformation maxillaire de l'acromégalie.

Vol. XXI. *Contribution à l'étude de l'infantilisme du type lorrain,* par Ettore Lévi.

La dentition se fit normalement, cas Marguerite Ser...

Les dents sont très irrégulièrement implantées, elles sont grandes et montrent une atrophie très nette du tavolatum externe, en outre une légère crénelure de la marge inférieure plus manifeste aux incisives. Les deux canines montrent une ressemblance bien nette avec les molaires ; la dentition est complète relativement à l'âge. L'émail dentaire est presque complètement détruit par le tartre qui colore les dents en vert de gris, l'implantation dentaire paraît normale.

Erratum.

Il y a lieu d'intercaler dans l'article de M. Mahé *Le Service dentaire au Lycée Janson-de-Sailly,* p. 73, après la ligne 5 haut, n° du 30 janvier 1911, le passage suivant qui a sauté lors du tirage à l'imprimerie.

IV. — *Donner aux internes les notions fondamentales d'hygiène dentaire et buccale.*

C'est là le rôle le plus délicat et peut-être le plus important d'un dentiste de lycée.

Remarquons qu'il n'est pas strictement compris dans les attributions qui lui sont dévolues et qu'un proviseur peut, sans nul excès d'autorité, lui en interdire l'accomplissement. Plus même il ne pourra le remplir qu'avec le bienveillant appui de celui-ci. Dans la grande majorité des cas, cet appui lui sera tout acquis, car si cette fonction n'est pas dans la lettre du règlement, elle est absolument dans l'esprit qui préside aujourd'hui partout aux rapports du médecin avec les collectivités.

J'ai dit que je considère volontiers ce point comme le plus important du rôle d'un dentiste de lycée.

Soyons modestes, en effet, et sachons reconnaître qu'en dépit de tous les progrès réalisés par l'art dentaire dans le domaine mécanique nous en avons fait fort peu dans la voie qui nous permettra peut-être un jour d'affranchir l'humanité de ce petit fléau.

REVUE DES REVUES

TUMEUR DE LA LANGUE GUÉRIE PAR LE PRINCIPE ACTIF DE L'ARBRUS PRECATORIUS (JEQUIRITY)

Par R. Rampoldi,

Médecin ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Matthieu, de Pavie.

Biancardi Santo, 59 ans, paysan de Suardi (province de Pavie), est entré à l'hôpital Saint-Matthieu, de Pavie, le 28 octobre 1908, service du Dr Predieri (chirurgien-dentiste).

Celui-ci porta le diagnostic de tumeur de la langue, probablement de nature épithéliale, et me renvoya le sujet pour me permettre de le soumettre à l'action du jequirity que j'emploie dans certains cas de cancer, ajoutant que pour essayer une cure chirurgicale il aurait dû exciser une grande partie de l'organe.

Biancardi paraissait robuste et ne présentait pas d'autre trace de maladie. Sa mère vivait encore et son père était mort d'une tumeur au foie. Il fumait modérément la pipe.

La langue, sur le bord gauche de laquelle se trouvait la tumeur, était de consistance assez dure, presque pierreuse ; ses mouvements étaient assez libres, mais la déglutition était difficile et parfois douloureuse. C'est ce phénomène qui avait engagé Biancardi à se faire examiner d'abord par le médecin de son pays, puis à se rendre, sur son conseil, à l'hôpital.

D'accord avec Predieri je pensai que le cas se prêtait à un essai de la cure par le jequirity, parce que cliniquement pour les divers confrères qui virent le sujet il était hors de doute qu'il s'agissait de cancer.

Le tissu morbide devait se trouver assez profond dans l'épaisseur de la langue, parce que celle ci, là même où elle semblait gonflée et moins injectée de sang, présentait à l'examen une surface d'apparence saine.

Néanmoins j'excisai deux morceaux de tissu, n'osant pas pénétrer profondément, craignant une hémorragie et parce que j'avais vu d'autres fois que là où était porté l'instrument l'essai du nouveau traitement était moins aisé et son résultat plus douteux.

M. R. Traina, professeur d'anatomie pathologique, examina les deux petits morceaux de tissu lingual et dit « qu'ils présentaient un épaississement notable de la couche papillaire du derme ; mais qu'ils

ne présentaient pas d'éléments néoplasiques, peut-être à cause de leur petitesse ».

En fait il devait en être ainsi, parce que, après avoir fait dans la langue malade une injection environ d'un quart de goutte d'extrait fluide de jequirity n° 3, il se produisit, 12 heures après, des phénomènes importants de réaction précédés d'un frisson de froid intense et accompagnés pendant trois jours de fièvre qui atteignit 39°5.

Le troisième jour, la fièvre étant tombée, au point de l'injection j'observai une grosse eschare de tissu entre le noir et le violet, sur le milieu de laquelle passait un pont de tissu sain. Le huitième jour après l'injection l'eschare avait disparu et l'on apercevait deux ouvertures profondes de 2 cent. 1/2 sur le bord lingual séparées par le trabécule de tissu sain précité. Une des deux ouvertures, l'antérieure, avait un diamètre moindre que l'autre et il s'en était détaché un véritable morceau flasque de tissu mortifié. De l'ouverture postérieure s'était détaché un morceau identique, gros comme une noisette et même plus.

J'en induis que la nature de la tumeur devait certainement être cancéreuse, parce que la façon d'agir du jequirity, qui, dans la langue, va découvrir le seul tissu morbide, choisit également dans les épithéliomas de la peau et des lèvres les parties cancéreuses.

Bien que j'aie intitulé cette note *tumeur de la langue*, chacun comprendra qu'il s'agit d'un vrai cancer.

La cicatrisation de la langue eut lieu rapidement et fut parfaite en vingt jours; néanmoins je surveillai Biancardi jusqu'au 20 décembre, date à laquelle je le renvoyai de l'hôpital.

Il mangeait et déglutissait alors sans difficulté ; il n'éprouvait plus de douleur et ne cessait de me remercier.

J'ai revu Biancardi plusieurs fois durant cette année ; le 17 juillet je le présentai, avec d'autres cancéreux guéris, à plusieurs médecins ; actuellement la guérison persiste et le sujet éprouve une amélioration générale dans l'état de son organisme.

Pour le traitement que je préconise il faut que le malade se présente tout de suite, avant la formation de foyers secondaires. Je recommande vivement à mes confrères de ne pas tenter d'injections au jequirity s'ils n'ont pas bien appris d'abord à se servir de ce puissant toxique, autrement ils pourraient se trouver en présence de surprises fâcheuses. (*La Stomatologia.*)

UN CAS D'ÉPITHÉLIOMA DE LA LANGUE TRAITÉ ET GUÉRI PAR LE PRINCIPE ACTIF DU JEQUIRITY

(Procédé Rampoldi),

Par Angelo Cattaneo,
Médecin en second de l'hôpital Saint-Matthieu, de Pavie.

Madeleine Bellotti, 67 ans, paysanne de Giovenzano, entra à l'hôpital le 25 juillet 1909 dans une des salles du service de chirurgie dirigé par M. Predieri. Elle ne présentait rien de particulier dans les antécédents et n'a jamais souffert de maladies méritant d'être signalées avant la présente.

Depuis deux mois elle a remarqué du côté droit de la langue un petit bouton qui atteignit bientôt la grosseur d'une noisette. Elle éprouvait souvent de vives douleurs en ce point.

A l'examen la femme paraissait avoir une constitution régulière avec un peu de tissu adipeux et un teint très pâle. L'examen des divers organes et des divers systèmes ne présenta rien de spécial.

L'examen de la partie présente, au milieu environ du côté droit de la langue, une tumeur de la grosseur d'une noisette à surface légèrement bossuée, recouverte de muqueuse, violacée sur quelques points, blanchâtre sur d'autres. La tumeur est ulcérée dans son milieu et a dans l'ensemble un aspect cratériforme. Elle est de consistance dure, fibreuse et est peu douloureuse à la pression. Elle fait corps avec les tissus sous-jacents. Les mouvements de la langue sont un peu gênés. Il existe de petits engorgements glandulaires sous le maxillaire inférieur correspondant. Le diagnostic clinique est celui d'épithélioma; il est confirmé par l'examen histologique d'un morceau de tumeur par le professeur Traina de l'Institut d'anatomie pathologique de l'Université de Pavie et directeur du laboratoire de recherches cliniques de l'hôpital Saint-Matthieu.

Le 27 juillet je commençai le traitement en injectant dans la masse de la tumeur 1/3 de goutte d'extrait liquide de jequirity n° 4 préparé par M. Léopold Zambelletti, de Milan. Au bout de 6 heures commença une réaction qui devint très vive, avec phénomènes généraux et locaux importants. La langue gonfla tellement qu'elle ne put pendant trois jours être contenue dans la bouche; les mouvements étaient impossibles, ainsi que la parole et la déglutition, de sorte qu'on fut obligé d'alimenter la malade pendant quelques jours par la voie rectale.

La langue, les gencives, le plancher buccal se couvrirent d'un exsudat et la tumeur paraissait en proie à un processus de nécrose.

La fièvre, précédée et accompagnée de frissons intenses et répétés, resta entre 39° et 40° pendant trois jours et tomba le huitième jour. A partir de ce moment l'exsudat se détacha et l'on voyait seulement la zone occupée par la tumeur réduite à un gros morceau flasque nécrosé qui commençait à s'éliminer.

La chute de celui-ci eut lieu le quinzième jour, laissant à découvert une cavité capable de contenir une grosse noix.

Le jequirity, outre la partie de tumeur visible, avait détruit aussi ses profondes adhérences.

La langue, dans sa moitié droite antérieure, était ainsi réduite à une feuille mince qui pendillait dans la cavité buccale. Mais en peu de jours des végétations nombreuses et vigoureuses comblèrent ce grand vide et donnèrent un nouveau soutien à la partie épargnée par cette violente destruction.

Un mois après la malade était complètement guérie ; je la revis à la fin de septembre, elle était dans une excellente santé. Outre qu'elle ne souffre plus de la langue, elle peut parler et manger parfaitement.

L'importance du cas décrit résulte de l'exposition du fait en lui-même. Ce n'est pas du reste le premier cas d'épithélioma de la langue dans lequel, au lieu du traitement chirurgical destructeur habituel, a été expérimentée cette nouvelle thérapeutique qui guérit en conservant. Rappelons le cas Arcari publié dans la *Stomatologia*, dans lequel fin mars 1908 on devait faire l'ablation de la langue cancéreuse ; au lieu de cela 19 mois après, grâce au traitement Rampoldi, la langue et la vie ont été conservées.

De jour en jour augmente le nombre des médecins et des profanes qui, ayant eu occasion de connaître ce traitement, envoient des malades à son auteur.

Cependant la grande majorité des patients se présente à lui quand le mal est déjà si étendu que toute thérapeutique est inutile. Il est hors de doute qu'il les guérirait par une intervention énergique s'ils se présentaient au début du mal.

De là la nécessité que ce mode de traitement soit répandu le plus possible afin qu'il ne manque pas à la thérapeutique du cancer. (*La Stomatologia.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

RAPPORT DE M. DREYFUS,
Secrétaire général.

Présenté à l'Assemblée générale du 10 octobre 1910.

A chaque assemblée générale il doit vous être présenté un rapport qui vous donne une vue d'ensemble des travaux qui ont vu le jour au sein de la Société d'Odontologie pendant l'année écoulée. Bien que je demeure persuadé que tous vous les avez encore présents à l'esprit, soit pour avoir été assidus à nos séances, soit pour avoir lu, dans notre revue, communications et discussions, je ne discuterai pas cet usage : je m'y conforme simplement.

J'avais songé un instant, à l'instigation de M. Godon, à annexer ce rapport annuel à un autre plus vaste qui aurait tracé le tableau de ce qui a été l'œuvre de la Société d'Odontologie, durant ces trente dernières années ; j'avoue avoir reculé devant l'importance de ce travail qui, en somme, aurait été l'histoire des progrès de l'art dentaire pendant ce dernier tiers de siècle, tellement la vie de la Société d'Odontologie s'est trouvée intimement associée au mouvement professionnel universel ; je me contenterai donc de vous en avoir exposé le projet, espérant que celui-ci pourra séduire quelqu'un d'entre vous.

Notre Société vient donc de dépasser la trentaine, mais vous allez pouvoir juger tout à l'heure qu'elle possède toujours l'activité et le ressort de la jeunesse.

Elle a cette année tenu onze séances, dont une séance pratique, au cours desquelles quarante-sept démonstrations, présentations ou communications vous ont été faites. N'attendez pas que j'en fasse ici l'analyse, le cadre restreint de ce rapport ne le permet pas, n'attendez pas non plus un jugement sur chacun des sujets, car je ne me reconnais pas qualifié pour cela. Une énumération rapide sera plus éloquente dans sa concision.

Comme toujours, nombreux ont été les confrères qui ont mis leur ingéniosité au service du perfectionnement de notre arsenal professionnel. *M. Debray* et *M. Touvet-Fanton* ont présenté chacun une lampe électrique destinée, l'une à l'éclairage du champ opératoire, l'autre à l'exploration lumineuse ; M. Touvet-Fanton a aussi présenté de petits instruments d'utilisation courante et que chacun est à même de confectionner. Nous avons vu également l'inhalateur pour narcose de *M. Miégeville*, le « Tri-écarteur » de *M. Goldenstein*, l'articulateur à griffes de *M. Ferrand*, les élévateurs et la vis à racines de *M. Dehogues*, le four électrique de *M. Barrié*, l'appareil à couler les métaux de *M. Réal*, le stérilisateur à aldéhyde formique naissant de *M. Jolivet*. Nous avons eu enfin deux communications sur l'air chaud, inté-

ressantes à différents titres, l'une de *MM. Ch. Jean* et *Morineau*, l'autre de *M. Eilersten* comprenant également l'étude du réglage de la température.

M. Lacaille et *M. Mendel-Joseph* nous ont successivement entretenus des ressources que peut nous apporter la radiographie au point de vue du diagnostic.

L'orthodontie nous a valu plusieurs communications importantes : une contribution à l'étude des malpositions maxillaires verticales par exagération de la distance naso-mentonnière par *MM. Frey* et *de Névrezé*, l'observation d'un redressement chez un sujet de 33 ans par *M*[lle] *Grodzinska*, l'exposé de questions diverses touchant l'orthodontie par *MM. Mendel-Joseph* et *G. Villain*, une étude des lignes de la denture et des lignes de la face par *M. Anéma*. La malocclusion post-molaire et la pathogénie des accidents de la dent de sagesse ont donné lieu à une intéressante discussion de *M. Mendel-Joseph* relativement à la théorie du manque de place, à une communication de *M. Adain* sur le canal mandibulaire dans ses rapports avec ces accidents.

En stomatologie je relève la communication de *M. Raynal* sur deux cas d'hypertrophie gingivale généralisée, congénitale et familiale et celle de *M. Roy* sur une observation de fibrome diffus.

M. le professeur agrégé *Cavalié* nous a exposé d'une façon magistrale le résultat de ses recherches histologiques et bactériologiques sur les kystes.

Je joins à ces communications l'étude faite par *M. Fernand Lévy* des injections d'alcool dans la névralgie faciale rebelle et l'exposé de la technique de l'anesthésie régionale des maxillaires supérieurs par *M. Munch*. Je remarque à ce propos que ce dernier travail est le seul relatif à l'anesthésie localisée que nous ayons eu cette année, je ne m'en désole d'ailleurs pas, voyant dans la pénurie de communications sur ce sujet un indice sûr que nous touchons à la perfection et que nous sommes maîtres de notre technique.

En pathologie dentaire *M. Vanel* a apporté l'étude toute nouvelle des caries secondaires à la médication lactique et *M. Roy* a relaté un cas de calcification totale chez un sujet jeune.

M. Spaulding en dentisterie opératoire nous a fait une brillante démonstration de sa méthode d'obturation par l'étain et l'or.

M. Fenchel a exposé sa technique de confection des amalgames. Enfin *M. d'Argent* nous a indiqué un ingénieux procédé d'introduction des mèches dans les canaux.

MM. Machtou et *Bruschera* se sont montrés d'ingénieux innovateurs, l'un avec ses inlays-couronnes, l'autre avec ses colliers-inlays destinés au coiffage des racines. *M. G. Villain* nous a fait voir, à propos d'un cas désespéré, comment il sait être conservateur, en dentisterie bien entendu.

Dans les questions relatives à la prothèse nous avons entendu *M. Godon* nous relater l'histoire d'un pseudo-accident de bridge.

M. Cecconi nous a montré quels résultats satisfaisants on peut obtenir en employant l'argent pour les travaux prothétiques courants.

M. Eilersten a fait une étude comparative très approfondie des différents modes de coloration du caoutchouc. Enfin nous avons assisté à l'éruption de deux nouvelles dents ; l'une nous a été présentée par *M. Picard*, l'autre par notre excellent confrère *G. Robin.*

Vous vous associerez à nous pour adresser à ceux qui cherchent dans cette voie vos félicitations et vos encouragements et particulièrement à notre collègue Robin ; il s'agit là en effet d'une question qui dépasse les limites de l'intérêt personnel. Il y a longtemps que la profession demande des dents de porcelaine répondant à tous nos besoins et établies d'après des données scientifiques réelles. Je crois que sur ce point nous pouvons être tranquilles avec G. Robin.

Cette année par une heureuse innovation et sur la proposition de G. Villain nous avons créé la rubrique « incidents de la pratique courante » qui, ainsi que cela est noté sur chaque convocation, est destinée à permettre aux confrères non inscrits à l'ordre du jour de faire part à la société des faits de leur pratique qu'ils jugent utile de communiquer.

Cette rubrique a déjà donné des résultats appréciables, puisque plusieurs des communications que j'ai citées tout à l'heure lui sont dues. Il est à souhaiter que beaucoup d'entre nous en usent encore cette année.

Vous voyez, par la longue énumération que je viens de faire, la façon dont notre société a affirmé sa vitalité.

Les travailleurs et les chercheurs ne sont pas près de faire défaut et nous pouvons envisager l'avenir avec tranquillité.

La Société d'Odontologie a d'ailleurs exercé son activité également au dehors ; je vous rappelle qu'elle a été représentée au Congrès de l'A. F. A. S., à Toulouse, où la section spéciale était présidée par notre collègue Roy ; elle a été aussi représentée au 3e Congrès d'hygiène scolaire tenu à Paris, au cours duquel ont été votés, malgré l'opposition des stomatologistes, des vœux conformes aux idées que nous défendons. L'hygiène dentaire scolaire est actuellement en tête des préoccupations de tous les groupements professionnels et vous avez entendu ici même M. Cunningham vous exposer les résultats et auxquels par sa méthode rationnelle et sa persévérance il est arrivé en ce qui concerne la population scolaire de Cambridge.

Vous avez pensé que les efforts de M. Cunningham devaient être l'objet d'une manifestation de gratitude pour l'exemple qu'il a su donner et vous lui avez décerné une médaille d'or.

Vous avez également attribué une médaille d'or à M. Guérini, de Naples, pour reconnaître les services qu'il a rendus à l'odonto-

logie et pour souligner le mérite de ses travaux historiques spéciaux.

Mes chers confrères, il n'est écrit nulle part que mon rapport ne doive contenir que des éloges et qu'il lui faille prouver que tout est pour le mieux dans la meilleure des sociétés possibles. Un secrétaire général doit être un bon chien de garde pour le règlement. Ne lui en veuillez donc pas s'il montre les crocs devant le danger, vous l'en excuserez en pensant qu'il agit uniquement en vue du bon fonctionnement de la société. Je veux donc vous signaler deux faits qui pourront vous paraître insignifiants, mais qui ne me semblent pas à moi dénués d'importance.

Il y a un article des statuts qui veut qu'un exemplaire de chaque communication soit déposé sur le bureau le jour même de la séance. Cet article a été rédigé dans un esprit de grande prudence. Malheureusement il faut convenir que beaucoup d'auteurs ne s'y conforment pas et qu'il arrive souvent que les communications sont définitivement perdues. Il faut absolument que le règlement soit observé sur ce point et j'espère que vous seconderez en ce sens votre bureau futur.

Je n'ai pas encore tout dit et j'ai un autre danger à signaler. Vous avez pu remarquer cette année combien la publication des procès-verbaux s'est faite irrégulièrement ; croyez bien que la responsabilité n'en remonte pas à votre secrétaire général qui a fait tout ce qu'il a pu pour obtenir des confrères, ayant pris part aux discussions, le texte définitif des paroles qu'ils avaient prononcées. La plupart du temps il m'a fallu m'en passer et la publication des procès-verbaux même écourtés a été si bien retardée que ceux des séances de juin et de juillet n'ont pas encore été publiés. Il y a donc là un danger que je vous signale et auquel je vous prie de remédier sous peine de décourager définitivement celui qui sera appelé à avoir la responsabilité du procès-verbal. Vous ne m'en voudrez pas je pense de ces rappels à l'ordre. J'espère que vous penserez que parvenu aux termes du mandat que vous m'avez confié je peux les justifier par une expérience acquise au cours de mes trois années de secrétariat.

Je ne terminerai pas ce rapport sans adresser un hommage à la mémoire de deux de nos maîtres que nous avons perdus, à M. Gillard qui fut président de la Société d'Odontologie et au Dr Pinet à qui tant de générations de confrères sont redevables de leurs connaissances en anesthésie.

Enfin, mes chers confrères, je crois être votre interprète à tous en adressant, à cette dernière séance, des remerciements à mes collègues du bureau pour le concours dévoué qu'ils nous ont apporté et tout particulièrement à M. Mendel-Joseph qui, dans ses difficiles fonctions de président, a su allier son tact et sa modération à un esprit critique très avisé, et qui a bien voulu quelquefois quitter son fauteuil présidentiel pour nous faire profiter de ses travaux.

HYGIÈNE

CIRCULAIRE RELATIVE A L'ORGANISATION DE SERVICES DE STOMATOLOGIE DANS L'ARMÉE

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Direction du Service de Santé : Bureau du Matériel. Hôpitaux. Hygiène. — N° 38.

Paris, le 2 décembre 1910.

La circulaire ministérielle du 10 octobre 1907 a posé le principe de l'organisation dans l'armée de services de Stomatologie ; mais elle a laissé aux initiatives individuelles le soin de régler les détails d'exécution dans la mesure des crédits alloués chaque année pour ce service.

De cette expérience de trois années résulte la nécessité d'une réglementation plus précise du service de Stomatologie. Les principes suivants seront désormais appliqués :

1° Dans chaque hôpital ou hospice mixte, à mesure que les crédits alloués le permettront, une clinique dentaire sera créée pour donner des soins aux dents des officiers, sous-officiers et soldats de l'armée active.

Ces soins se borneront, jusqu'à nouvel ordre, aux opérations de première nécessité : ablation du tartre, cautérisation des gencives, extraction des dents, obturation au moyen d'amalgames ou de ciments ;

2° Dans chaque corps d'armée, le directeur du service de santé désignera les hôpitaux militaires ou hospices où des cliniques dentaires devront être installées au fur et à mesure des crédits ;

3° Le service des cliniques dentaires sera assuré par des militaires possédant, au moment de leur incorporation dans l'armée, le diplôme de chirugien-dentiste d'une faculté de médecine ou, à défaut, par des étudiants ayant huit inscriptions de chirurgie dentaire. Les titres de ces militaires seront établis soit par la production du diplôme de chirurgien-dentiste, soit par un certificat probatoire délivré par une faculté de médecine française, soit par un certificat émanant de l'autorité académique établissant que l'étudiant possède au moins la huitième inscription de chirurgie dentaire. Les militaires remplissant ces conditions seront affectés aux cliniques dentaires suivant les besoins de ces cliniques. Ils opéreront sous la direction du médecin chef de service.

Quant aux dentistes militaires actuellement en fonctions, qui ne

rempliront pas les conditions indiquées ci-dessus, ils seront rendus à leurs services respectifs ;

4° *Outillage d'une clinique dentaire.*

L'outillage d'une clinique dentaire devra être le suivant :

Fauteuil dentaire complet avec tablette et crachoir.
1 tour à fraiser avec pièce à main n° 7 et duplex spring.
1 angle droit n° 2.
12 excavateurs.
2 sondes.
10 daviers assortis.
1 pied de biche.
1 langue de carpe.
1 douzaine sondes.
1 douzaine tire-nerfs barbelés.
50 fraises assorties.
2 mandrins au choix.
1 douzaine brosses pinceau.
1 flacon amalgame 1 once.
2 miroirs manche nickelé.
6 limes à séparer.
1 flacon mercure.
1 boîte de disques assortis.
2 spatules à ciment, nickel ou os.
2 precelles nickelées.
3 disques carbo.
4 instruments à nettoyer.
1 poire à eau.
1 seringue à lavages.
1 plaque de verre pour ciment.
2 boîtes ciment poudre liquide.
1 paquet de bois dragonnier.
1 brosse à fraises.

Les établissements qui auront reçu l'ordre du directeur du service de santé du corps d'armée d'installer une clinique dentaire établiront pour ces instruments une demande spéciale dans la forme ordinaire.

(Bulletin officiel du Ministère de la Guerre, 19 décembre 1910, n° 51).

Soins dentaires aux familles des marins sous-officiers.

L'Administration de l'armée prussienne a décidé, comme on sait, d'assurer les soins dentaires aux familles des sous-officiers. A son tour, l'Administration de la Marine vient de décider d'assurer ces soins aux femmes et aux enfants des sous-officiers de l'armée de mer aux frais de l'Etat quand ces soins seront jugés nécessaires par le médecin en chef ou le médecin de la famille.

Exposition d'hygiène de Dresde.

L'Exposition internationale d'hygiène de Dresde 1911 a réservé aux *maladies des dents* un groupe spécial où seront exposés des objets pratiques et des objets scientifiques. La présidence du groupe *maladies des dents* est occupée par M. le professeur *Walkhoff*, de Munich ; les présidents suppléants sont : M. le professeur *Dieck*, de Berlin,

M. le professeur *Jessen*, de Strasbourg et M. le Dr *Schaeffer-Stuckert*, de Francfort-s.-M. Le programme [1] du groupe comprendra tout ce qui a trait à l'hygiène dentaire et donnera un tableau d'ensemble de l'importance de la science médicale dentaire au point de vue hygiénique. Ce programme se divise en deux parties principales : la première a pour but de montrer les causes et les suites des affections dentaires, tandis que la seconde enseignera dans quelle mesure et de quelle manière peut se combattre la carie, une des maladies populaires les plus répandues, et enfin quels ont été jusqu'ici les bons effets de l'hygiène dentaire.

L'Exposition mettra sous les yeux du visiteur, à l'aide de plans, de reproductions, de rapports et de leçons démonstratives, un tableau d'ensemble des résultats obtenus jusqu'à ce jour dans ce domaine par les états civilisés. Secondée par son *Comité pour l'hygiène des dents à l'école*, comité placé sous la présidence de M. de Möller, ministre en retraite, l'Allemagne a été en mesure de déployer une activité dont les résultats sont fort appréciables. C'est ainsi que nombre de villes se sont assuré pour les enfants de leurs écoles communales le concours des médecins-dentistes. Suivant l'exemple de Strasbourg et de Darmstadt, d'autres villes comme Cologne, Berlin, Francfort-s.-M., Ulm, Mulhouse, ont également institué des cliniques dentaires pour leurs écoles.

Le groupe « Maladies des dents » à l'Exposition de Dresde a pour but d'amener le peuple, par la production de toutes sortes d'exemples, à une appréciation générale des fins que poursuit l'hygiène dentaire et de le pousser dans la voie de l'imitation.

Ce n'est pas seulement aux visiteurs de l'Exposition qu'on veut montrer ces premiers fruits d'une jeune plante, mais aussi et surtout aux groupes voisins, aux représentants les plus autorisés de l'hygiène générale. De cette matière s'affirmera notre volonté de coopérer au grand but de l'hygiène : la conservation de la santé du peuple.

Pour cela, il faut absolument que l'hygiène dentaire figure aussi dans quelques autres groupes, soit dans des pavillons nationaux particuliers, soit dans l' « hygiène scolaire », soit dans le « service de santé militaire », soit dans l' « assistance aux malades » des villes.

Hygiène dentaire scolaire.

Un arrêté du Ministre de l'Instruction publique et des Cultes de Prusse recommande aux inspecteurs scolaires d'arrondissement de prêter plus d'attention à l'hygiène dentaire scolaire. Partout où les

1. Les inscriptions provenant des pays allemands doivent être adressées à M. le professeur Dieck, Berlin W., Lützowstrasse ; celles provenant de l'étranger, à M. le Dr Schaeffer-Stuckert, Francfort-s.-M., Kettenhofweg 29.

ressources le permettront ils doivent rétablir l'inspection et le traitement des dents malades des enfants en s'entendant pour cela avec les municipalités.

Exposition d'hygiène dentaire scolaire.

Le Comité central allemand d'hygiène dentaire scolaire a décidé de prêter jusqu'à l'Exposition de Dresde les objets ayant figuré à Bruxelles à la reconstitution de l'exposition scolaire de cette ville qui doit avoir lieu à Berlin en février.

Cliniques dentaires scolaires en Allemagne.

Une troisième clinique dentaire scolaire va être créée à Berlin en raison du succès considérable qu'ont obtenu les deux premières.

*
* *

La municipalité de Dessau a confié les soins des dents des enfants des quatre écoles communales de la ville à quatre chirurgiens-dentistes locaux; l'inspection dentaire sera faite d'abord par les médecins scolaires.

*
* *

Une clinique dentaire scolaire a été créée à Höchst-am-Rhein.

*
* *

Les soins dentaires scolaires ont été introduits dans l'arrondissements d'Osthavelland pour tous les enfants des écoles rurales, qui seront inspectés par le médecin d'arrondissement et le chirurgien-dentiste. Le traitement sera gratuit pour les élèves indigents; ceux qui ont des ressources seront envoyés aux dentistes.

*
* *

La municipalité de Potsdam projette la création d'une clinique dentaire scolaire sur le modèle de celles des autres villes. Les frais en seront couverts par les excédents de la caisse d'épargne de la ville.

*
* *

La municipalité de Mülheim am Rhein a voté 1200 marks pour introduire le traitement dentaire gratuit des dents des enfants par des chirurgiens-dentistes.

*
* *

La municipalité de Hanovre a décidé la création d'une clinique dentaire scolaire municipale et elle a voté un crédit de 18.400 marks pour les frais de première installation. Les dépenses de fonctionnement sont évaluées à 17.000 marks pas an; les parents des 13.000 enfants y contribueront par le versement d'un franc par enfant, la ville pour 4.000 francs.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ENSEIGNEMENT ODONTOLOGIQUE EN ESPAGNE

La *Gaceta* (Journal officiel espagnol) du 3 janvier 1911 publie l'arrêté suivant du Ministre de l'Instruction publique.

Art. 1er. — Les études dentaires nécessaires pour obtenir le diplôme d'odontologiste créé par l'ordonnance royale du 21 mars 1901 sont réorganisées ainsi qu'il suit :

1re *année.* — Odontologie. Premier cours comprenant l'anatomie, la physiologie et l'histologie dentaires, la dentisterie opératoire et la clinique odontologique.

Prothèse dentaire. Premier cours comprenant les principes généraux, appareils de prothèse amovibles en caoutchouc et en métal.

2e *année.* — Odontologie. Deuxième cours comprenant la bactériologie, la pathologie stomatologique, la prothèse chirurgicale et l'hygiène dentaire.

Prothèse dentaire. Deuxième cours comprenant les appareils de prothèse fixe (couronnes et ponts) et orthodontie ou étude des malpositions dentaires.

Art. 2. — Dans les matières ci-dessus, les leçons théoriques alterneront avec les cliniques ; à cet effet les deux cliniques existantes d'odontologie et de prothèse dentaire continueront de fonctionner au Dispensaire de la Faculté comme elles ont fonctionné jusqu'à présent et les professeurs recommanderont aux élèves des troisième et quatrième groupes l'assistance aux malades, suivant la nature des travaux qu'ils auront à exécuter.

Art. 3. — Pour se faire inscrire aux cours ci-dessus il faut avoir fait les études de médecine jusqu'à la fin du second cours ; mais on ne pourra pas faire les exercices prescrits pour obtenir le titre d'odontologiste sans avoir suivi, en outre, les cours de thérapeutique, de matière médicale et d'art de formuler.

Art. 4. — Le présent arrêté modifie ainsi que cela est exposé l'ordonnance royale du 21 mars 1901 qui a organisé les études odontologiques.

ASSOCIATION SYNDICALE DES CHIRURGIENS-DENTISTES DU SUD-EST

L'Association syndicale des chirurgiens-dentistes du Sud-Est nous a envoyé un compte rendu de son assemblée générale annuelle que nous avons publié dans le n° du 30 novembre dernier. M. Boileau, qui se

trouve cité dans ce compte rendu, p. 477, nous adresse la lettre suivante dont il nous demande l'insertion, ce que nous lui accordons très volontiers, n'ayant fait que reproduire les termes du compte rendu qui nous a été adressé.

Saint-Raphaël, le 24 janvier 1911.

Monsieur,

Dans le numéro de votre journal du 30 novembre dernier, dans un article non signé, vous m'avez nommé dans des termes désobligeants et en me faisant jouer un rôle contre lequel je tiens à protester.

Le numéro du *Bulletin du Syndicat* de janvier 1911 mettre (*sic*) au jour la vérité, car il publiera in extenso le compte rendu officiel de la réunion de Marseille des 30 et 31 octobre dernier, signé du Président et du Secrétaire général de l'Association syndicale des chirurgiens-dentistes du sud-est de la France.

Je vous prie de faire insérer cette lettre, au lieu et place où j'ai été nommé, dans votre plus prochain numéro.

Avec mes salutations.

BOILEAU.

BIBLIOGRAPHIE

Les arthrites alvéolo-dentaires.

Par Elie Fourquet [1].

M. Fourquet a fait dans son livre une étude très complète des arthrites alvéolo-dentaires en s'inspirant de la plupart des travaux français sur les différents points de l'anatomie et de la pathologie du ligament alvéolo-dentaire et sur la thérapeutique des affections de celui-ci.

Dans une première partie il résume nos connaissances sur l'histophysiologie de l'articulation alvéolo-dentaire, citant les travaux récents sur le ligament alvéolaire et notamment les leçons faites peu de temps avant sa mort par le professeur Poirier où l'on trouve cette question présentée d'une façon tout à fait intéressante.

La seconde partie, la plus importante, est consacrée à l'étude de la pathologie du ligament, ses causes, ses complications de voisinage et à distance ce qui amène l'auteur à aborder une bonne partie de la pathologie dentaire.

Dans une troisième partie, l'auteur expose avec le plus grand éclectisme les différents traitements proposés dans les arthrites alvéolo-dentaires et leurs complications, indiquant en même temps les méthodes qui ont sa préférence.

Enfin dans un appendice il résume le traitement de la polyarthrite alvéolo-dentaire.

Cet important travail qui compte plus de trois cents pages est des plus intéressants à lire, car on y trouve indiqué les théories les plus récentes sur les différents points de la pathologie du ligament radiculaire.

Toutes ces théories ainsi que les divers traitements préconisés y sont très impartialement exposés par l'auteur et je le féliciterai tout particulièrement du soin qu'il a mis ainsi qu'il le dit dans sa préface « à respecter la propriété scientifique d'autrui » en multipliant les indications des sources où il a puisé pour l'élaboration de son livre.

Je pourrais lui faire quelques critiques de détails au sujet par exemple de la pathogénie de l'abcès alvéolaire aigu et de la nécrose qui l'accompagne, nécrose qu'il n'admet que comme conséquence d'un abcès chronique ; de même le mécanisme de l'abcès sus et sous périosté ne me paraît pas, dans la description qu'il en donne, répondre à la réalité.

1. Un volume grand in-8° de 324 p., chez O. Doin et fils, éditeurs.

Egalement sa technique de désinfection des canaux me paraît nécessiter un temps plus long qu'il ne convient dans la généralité des cas avec un traitement rationnel. D'autres points de technique soulèveraient de même quelques observations, mais je ferai à l'auteur une critique plus générale touchant le but qu'il s'est proposé, qui est, dit-il, dans sa préface, d'écrire un livre pour les étudiants. En raison même de la somme très importante des travaux présentés dans son ouvrage avec une absence de critique, voulue sans doute, mais excessive, je me demande si l'auteur n'a pas été un peu contre son but et si son livre sera aussi utile aux élèves qu'il peut l'être aux praticiens qui eux sont à même de tirer de ces exposés la *substantifique moëlle.*

Ces quelques critiques n'enlèvent rien du mérite général de cet ouvrage qui est l'œuvre éclairée d'un praticien probe et consciencieux et qui a sa place marquée dans la bibliothèque de tous nos confrères que nous ne saurions trop engager à le lire.

M. R.

Vergleïchende Anatomie des menschlichen Gebisses und der Zähne der Vertebraten.

M. Paul de Terra, chirurgien-dentiste à Zurich, vient de publier chez l'éditeur Gustave Fischer, à Iéna, un ouvrage très complet sur l'*anatomie comparée du maxillaire de l'homme et des dents des vertébrés.* Ce volume de 451 pages, très soigné, comprend une préface, une introduction avec l'histoire générale du développement, la subdivision des vertébrés, le rôle du système animal et la distribution des animaux. Il est divisé en trois parties : tête et cavité buccale ; les dents en général ; les dents d'après les classes du règne animal.

Dans la première, l'auteur étudie le crâne des vertébrés, celui des mammifères, le maxillaire des vertébrés, son anatomie et le développement de la cavité buccale. La deuxième est consacrée à une étude très approfondie des dents. Dans la troisième, il examine à fond les dents des cinq classes d'animaux.

Cet ouvrage, qui témoigne de la part de l'auteur un travail considérable, est terminé par un index bibliographique de 53 pages et un index alphabétique des noms d'auteurs ; il est illustré de 200 figures.

Von der Unterkïefer-Resektionsprothese.

De la prothèse restauratrice consécutive à la résection du maxillaire inférieur, tel est le titre d'un ouvrage publié à Stockholm par M. J. Billing. Cet ouvrage de 155 pages, non compris les très nombreuses planches hors texte, est une contribution à la simplification

et à la technique de cette prothèse, en même temps qu'une étude anatomo-pathologique et chirurgico-prothétique. Il comprend une introduction des études anatomo-pathologiques, les recherches de Riegner, celles de l'auteur avec l'examen de dix-sept cas personnels, ces dernières groupées dans un tableau synoptique, les résultats finals, des études chirurgico-prothétiques, les recherches personnelles et les traitements prothétiques de l'auteur avec l'examen de 15 cas et les résultats finals. Un index bibliographique suivi de l'explication des 118 figures et de belles planches hors texte contenant ces figures, termine le volume.

Quoique publié à Stockholm, cet ouvrage, qui fait le plus grand honneur à son auteur, est écrit en allemand.

Il y a lieu de féliciter M. Billing de ce travail étendu.

Die locale Anasthesie in der Zahnheilkunde.

M. Guido Fischer, qui professe un cours libre à l'Université de Greifswald et qui est directeur de l'Institut dentaire de cette Université, vient de publier chez Hermann Meusser, à Berlin, un ouvrage intitulé l'*Anesthésie locale en dentisterie*. Ce volume de 171 pages, dont l'édition est très soignée, comprend une préface de trois parties subdivisées chacune en un certain nombre de chapitres, dans lesquelles l'auteur étudie la douleur, l'anesthésie générale et l'anesthésie locale, les anesthésiques, les dangers de l'anesthésie locale, la structure intérieure du maxillaire, la technique de l'injection locale, l'anesthésie d'induction, etc., enfin des conclusions.

M. Guido Fischer n'est pas un inconnu pour nos lecteurs : nous avons publié dans *L'Odontologie*, n[os] des 30 novembre et 15 décembre 1910, un article de cet auteur qui donne un aperçu de ce qu'est l'ouvrage dont nous rendons compte.

Son volume est illustré de 81 figures dans le texte, coloriées pour la plupart et de 7 planches hors texte.

Nous félicitons M. Guido Fischer de son travail approfondi et de sa belle publication.

NÉCROLOGIE

CLAUDE MARTIN

M. Claude Martin créateur de la prothèse immédiate et novateur de la prothèse restauratrice, est mort à Lyon le 30 janvier, à 63 ans [1]. C'est une perte que ressentiront cruellement l'art dentaire français et la profession dentaire du monde entier, car les remarquables travaux et les ingénieux appareils de M. Claude Martin sont connus et appréciés partout.

Nous avons eu occasion, notamment dans nos numéros des 30 mars 1908 et 15 janvier 1910, d'exposer longuement la vie et les travaux de Claude Martin. Nous y renvoyons donc nos lecteurs, nous bornant aujourd'hui à quelques indications biographiques pour ceux qui ne reçoivent *L'Odontologie* que depuis cette époque.

Il naquit à Saint-Etienne, le 17 mai 1843. Son père étant rubanier et travaillant chez lui avec quelques métiers, il fut initié dès son enfance à cette profession. Il perdit sa mère de bonne heure. Au sortir de l'école, il entra en apprentissage puis partit pour Lyon, où il fut dessinateur chez un passementier ; de là il entra comme ouvrier chez un dentiste, ensuite vint à Paris comme opérateur chez le frère de ce dernier. Lié avec quelques étudiants en médecine, il fréquenta les hôpitaux, ce qui lui donna l'idée de préparer sa médecine. Il s'installa à Lyon en 1873, lia connaissance avec Ollier, pour lequel il exécuta son premier travail, et d'autres chirurgiens lyonnais. Il passa sa thèse en 1893. Sa première restauration du nez est de 1874. Il confectionne des nez, des oreilles, des obturateurs de la voûte et du voile pour les opérés et les mutilés. Il construit en 1878 des appareils de prothèse immédiate pour la résection des maxillaires qui excitent l'admiration. Il est admis dans la Société des sciences médicales de Lyon. A l'Exposition de 1889, il expose dans une vitrine une partie de ses travaux et obtient un grand prix.

Tous ces travaux avaient fait l'objet de publications et de présentation aux Sociétés savantes, notamment à l'Académie des sciences. Un de ses ouvrages fut couronné par la Société nationale de médecine de Lyon. En mars 1908 il fut élu membre correspondant de l'Académie de médecine. Il avait commencé par être mécanicien-dentiste : quel chemin parcouru ! Quelque temps après il recevait la croix de la Légion d'honneur.

Ses obsèques ont eu lieu à Lyon le 2 février à 9 heures du matin ; tout ce que Lyon compte de notabilités scientifiques et médicales

1. Nous avons appris la nouvelle lorsque le bon à tirer de notre dernier numéro était déjà donné : c'est pourquoi il ne nous a pas été possible d'en parler dans ce numéro.

y assistait, ainsi que le corps dentaire lyonnnais au grand complet.

Après le service religieux à l'église Saint-Bonaventure, le corps a été transporté près de Lyon, à Saint-Cyr, où il a été inhumé. Suivant la volonté du défunt il n'avait été envoyé ni fleurs ni couronnes.

M. Blatter, président de l'A. G. S. D. F., y représentait l'Association, l'Ecole dentaire de Paris et la Société d'Odontologie de Paris. M. Sauvez l'accompagnait. M. Pont, de Lyon, y représentait la F. D. N., et M. Siffre, l'Ecole odontotechnique.

De nombreux discours ont été prononcés sur sa tombe : par M. Vallas, au nom de la Société de chirurgie de Lyon ; par M. Pique, président de la Société des sciences médicales de Lyon, dont le défunt était vice-président ; par M. Beltrami, au nom de la Société de stomatologie ; par M. Blatter, au nom des trois sociétés qu'il représentait ; par M. Siffre, au nom de l'École odontotechnique ; par M. Julien Tellier, au nom de ses élèves et de ses amis.

Nous reproduirons ci-après l'allocution de M. Blatter.

« L'homme qui entre aujourd'hui dans l'histoire par la triste porte qui y donne accès n'a pas seulement pour l'escorter les larmes douloureuses de sa famille et les regrets émus de ses amis : la profession dentaire, elle aussi, tout entière s'incline avec tristesse dans ce salut suprême à sa tombe.

» Au nom d'une partie importante de cette profession, le groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des dentistes de France, qui s'honorait de compter Claude Martin parmi ses membres, au nom de la Société d'Odontologie de Paris qui le vénérait comme un maître, je viens lui adresser un dernier adieu.

» Je laisse à d'autres le soin de parler de sa maîtrise scientifique et pratique, de la précision de ses méthodes, de la volonté qu'il dut déployer pour créer de toutes pièces et imposer aux officiels hésitants cette prothèse immédiate avec laquelle il réalisa des merveilles. D'autres mieux qualifiés que moi mettront à sa vraie place, qui est la première, ce « technicien de génie », comme on a pu le nommer sans flatterie.

» Je voudrais simplement dire à quels titres notre profession et les sociétés que je représente ont été honorées par Claude Martin.

» Le fils du rubanier de Saint-Etienne, avec son petit bagage d'enseignement primaire, sa curiosité des métiers qui chantaient dans l'atelier paternel, s'apparentait bien avec cette génération de dentistes techniciens de premier ordre, qui, conscients de la nécessité du savoir, groupaient, il y a trente ans, la profession et créaient l'enseignement dentaire.

» Son intelligence et sa ténacité ont pu le conduire depuis l'emploi de mécanicien-dentiste jusqu'au doctorat en médecine ; il ne s'en attacha que davantage à ses confrères d'origine et n'en défendit qu'avec plus d'autorité leurs revendications. Et le jour où toute notre profession acclama sa nomination de membre correspondant de l'Académie de médecine, il fit hommage à la profession dentaire de cet honneur : en effet les ouvrages de haute valeur qui lui ouvraient les portes de l'Académie avaient tout trait à la prothèse et à l'art dentaire.

» Pendant 50 ans, se consacrant sans trêve à la profession dentaire, dans ce qu'elle a de plus élevé et de plus utile peut-être au point de

vue humanitaire, Claude Martin a abordé tous les difficiles problèmes que soulève dans chaque cas l'art si délicat du prothésiste et qu'il a toujours résolus à la satisfaction des patients qui s'adressaient à lui et à l'admiration du monde médical et du monde dentaire.

» Au reste, si Claude Martin n'avait honoré notre profession par sa maîtrise et les honneurs qui de lui rejaillissaient sur elle, il l'eût suffisamment honorée par la grande beauté morale de sa vie faite de charité et d'humanité. Il fut de ceux que les heures difficiles ne découragent pas et qui, loin de conserver la profonde amertume, n'en recueillent qu'une bienveillance plus attendrie pour ceux que la misère, la douleur ou le malheur viennent frapper. Des heures sombres de sa prime jeunesse, où il avait connu l'inquiétude des malheureux sans travail, avait jailli la source d'un désintéressement admirable.

» Il fut de ceux, plus rares encore, que le succès ne grise pas et pour lesquels l'ivresse des apothéoses ne vaut pas la joie discrète d'un acte de bonté et celle d'une difficulté vaincue. Les honneurs étaient venus le trouver en plein travail, il n'en fut pas moins laborieux. Il resta le bon « Père Martin » pour ses confrères qui avaient besoin de conseils, pour ces pauvres mutilés qui attendaient de lui l'acte réparateur qui les rendrait à la vie normale.

» Nul ne s'étonnera que ce Maître éminent, qui eut dans son art des intuitions de génie, se soit fait un plaisir de les enseigner et qu'il n'ait pas voulu garder la propriété de ses travaux, fruits de son ingéniosité et de sa longue expérience. Là se manifeste pleinement la haute idée qu'il s'était faite du rôle de l'homme qui a la mission et le pouvoir de guérir ou d'atténuer les souffrances de ses semblables et qui, dans cette mission et ce pouvoir, voit surtout un devoir.

» Son souvenir ne disparaîtra pas. Les familles, les amis, les admirateurs paient leur rançon et s'en vont à leur tour ; mais la profession, la science, le pays demeurent et garderont dans leur histoire le nom de Claude Martin qui ajouta un rayon à leur gloire.

» Aussi, nous comprenons la douleur qui vous étreint, vous qui dans l'intimité familiale avez éprouvé à quel point les qualités de l'homme privé s'identifiaient à celles de l'homme public. A vous tous, à vous la compagne de sa vie, à vous le fils, le collaborateur du grand disparu, nos groupements adressent leurs condoléances émues. »

Le journal *L'Odontologie* s'associe au deuil cruel qui frappe l'art dentaire en la personne de l'un de ses plus illustres représentants et adresse à M. le Dr Francisque Martin, fils du défunt, ainsi qu'à toute sa famille, l'expression de ses profonds regrets et de sa douloureuse sympathie.

M. ARNOLD. — M. GOLDENSTEIN

On annonce la mort de M. Arnold, D. E. D. P., membre de l'A. G. S. D. F., et de M. Goldenstein, professeur honoraire à l'Ecole odontotechnique, lauréat de l'Académie de médecine, bien connu pour ses travaux de prothèse restauratrice.

Nous adressons à leur famille l'expression de nos bien sincères regrets.

NOUVELLES

Nomination.

M. Léon Delair est nommé administrateur du bureau de bienfaisance du 17e arrondissement de Paris.

Fédération dentaire nationale belge.

La Fédération dentaire nationale belge vient d'organiser une série de conférences illustrées de projections lumineuses dont le but est de faire pénétrer dans toutes les classes de la société la connaissance des règles les plus élémentaires d'une bonne hygiène buccale.

La première de ces conférences a été donnée à Lombise en décembre. Elle a eu lieu sous les auspices de l'Administration communale, qui a voulu s'associer à l'œuvre entreprise par la Fédération dans un but altruiste et complètement désintéressé, en mettant un local à sa disposition. Il est à souhaiter que son exemple soit suivi par beaucoup d'autres communes.

Grève d'étudiants en chirurgie dentaire.

Tous les étudiants en chirurgie dentaire de l'Université de Breslau, au nombre de 100, avaient décidé, après avoir essayé tous les moyens de continuer leurs études, de n'assister, à partir du 5 décembre dernier, ni aux cours théoriques ni aux exercices pratiques de l'Institut dentaire de l'Université, en raison de l'insuffisance des locaux et du matériel scolaire, qui ne leur permettait pas de faire des études assez complètes.

Ils ont adressé une pétition au ministre de l'Instruction publique lui demandant de porter remède à cette situation.

Une délégation reçue par le Ministre ayant obtenu l'assurance qu'il serait donné satisfaction à ces légitimes réclamations, la grève a pris fin le 20 décembre.

Œil crevé par une dent.

On lit dans le Figaro du 6 février 1911 :

Le Dr Roux, de Cherbourg, a eu un œil crevé par une dent en l'extrayant de la mâchoire d'un patient.

Canton de Berne.

Les chirurgiens-dentistes du district de Neuenbourg (canton de Berne) ont adressé au Grand Conseil une pétition pour demander une revision partielle de la loi sur la médecine, ainsi que l'abrogation du libre exercice de la profession dentaire.

Poursuites contre 308 chirurgiens-dentistes.

Les journaux russes annoncent que le parquet de Moscou a ouvert une instruction contre 308 chirurgiens-dentistes qui, en vertu de faux certificats, exercent indûment l'art dentaire depuis 1904 et les renvoie devant le tribunal correctionnel. 70 praticiens de Kiew et du gouvernement de Kiew sont au nombre des poursuivis. *(Die Reichspost.)*

Les doléances des dentistes.

Quatre cents étudiants en chirurgie dentaire ont tenté de manifester sur les grands boulevards l'après-midi du lundi 6 février. Dispersés par les agents, ils se reformèrent en monôme pour gagner le quai d'Orsay. Une délégation composée de quatre étudiants se rendit à la Chambre. Reçue par quelques députés, elle leur exposa les doléances de leurs camarades.

Le comité de la Fédération réclame pour les chirurgiens-dentistes l'admission au concours pour la nomination des dentistes des hôpitaux. Le décret du 11 janvier 1909 sur la chirurgie dentaire exige des futurs praticiens cinq années d'études spéciales, au début desquelles il faut justifier d'un diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et d'un certificat du P. C. M. La spécialité de ces études avait déjà été reconnue par la loi de 1892.

Or, en dépit de ces garanties, les chirurgiens-dentistes ne sont même pas autorisés à se présenter devant le jury !

C'est contre cet état de choses que proteste la Fédération des étudiants en chirurgie dentaire, avec laquelle l'Union corporative de chirurgie dentaire a déclaré hier se solidariser complètement.



Paul MARIÉ

1858-1911

31e ANNÉE. N° 4 28 FÉVRIER 1911 VOL. XLV

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

CHUTE DES DENTS PAR SUITE DE SUPPRESSION DE LA MASTICATION. CESSATION DES ACCIDENTS PAR REPRISE DE LA FONCTION

Par JOSEPH LEMELAND,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine de Paris.

Je viens vous rapporter une observation qui m'a paru présenter un certain intérêt, car elle constitue une sorte d'expérience physiologique permettant d'observer chez un homme adulte les accidents que peut produire au niveau des mâchoires l'absence de l'acte de la mastication, alors que la nutrition de l'individu se fait normalement.

M. D..., officier, 55 ans, a été opéré en 1901 d'une gastrostomie pour atrésie néoplasique de l'œsophage.

Les symptômes qu'il présentait alors consistaient en une dysphagie extrême ayant amené un amaigrissement considérable et un état général grave voisin de la cachexie.

A ce moment le malade ne présentait du côté de ses dents aucune lésion grave, il n'en souffrait pas, plus exactement, il ne se souciait pas de sa dentition.

A la suite de l'opération, le malade, alimenté par sa bouche stomacale, reprit rapidement des forces, son état général devint même tel qu'il put reprendre son service d'officier et gagner l'âge de sa retraite.

Il s'alimentait uniquement par voie épigastrique, délaissant entièrement la voie buccale.

En 1902, soit un an après l'intervention, le malade qui se trouvait dans un état général excellent, commença à ressentir des troubles dans la bouche : douleurs très vives au niveau des gencives, qui étaient enflammées, apparition de quelques abcès, ébranlement des dents.

Dans la suite un certain nombre de dents tombèrent spontanément et, en juillet 1903, quand il vint consulter pour ces lésions, il avait déjà perdu huit dents, cinq à la mâchoire supérieure et trois à l'inférieure.

Les gencives étaient rouges, enflammées par endroit et présentaient çà et là des foyers purulents. L'haleine était très fétide et incommodait fort le malade et son entourage.

Les dents qui restaient étaient à peu près toutes ébranlées, à un degré plus ou moins marqué.

Dans ces conditions on prescrivit au malade comme simple traitement le brossage quotidien des dents avec une eau dentifrice et on lui ordonna de mâcher régulièrement plusieurs heures par jour un corps dur. Il choisit pour cela le bois de réglisse.

Par ce simple traitement les accidents s'amendèrent : l'infection disparut et les dents se consolidèrent. Une seule tomba quelques jours après la consultation, les autres sont encore actuellement en place.

Telle est l'observation. Quelques points nous paraissent dignes d'être mis en relief.

C'est d'abord l'apparition rapide, pour ainsi dire brutale, des accidents d'infection et d'ébranlement des dents.

Sans doute on pourra objecter pour justifier ces accidents l'état général de notre malade, la lésion néoplasique en évolution. Mais outre que les accidents sont apparus en même temps qu'une amélioration considérable de l'état général se manifestait, il faut bien constater qu'ils ont disparu alors même que la lésion œsophagienne continuait son évolution.

Il nous semble donc qu'il faut chercher ailleurs la cause des accidents et il nous paraît juste d'incriminer l'absence de mastication.

En deuxième lieu, la guérison est survenue grâce à un traitement simple.

Il est vrai que l'on a fait un peu d'antisepsie buccale par l'usage quotidien d'une brosse et d'un dentifrice, mais à ce moment les accidents infectieux étaient tellement développés qu'ils constituaient un véritable cas pathologique. Il nous faut d'ailleurs remarquer à cet égard deux choses : 1° il n'est pas rare d'observer des infections buccales chez des sujets prenant des soins identiques de leur bouche ; 2° chez notre malade, les accidents ne se sont pas manifestés avant l'opération alors qu'il ne donnait que des soins très sommaires à ses dents.

Les accidents ne sont apparus chez lui que lorsqu'il a cessé de mastiquer ses aliments.

Aussi nous semble-t-il que ce fait démontre une fois de plus qu'on doit attribuer à la mastication un rôle important dans la défense de la muqueuse buccale contre l'infection et dans l'entretien de l'équilibre articulaire des dents. Il nous semble qu'on puisse lui décrire une triple action :

1° *Directe :* en produisant le nettoyage des dents par les objets mastiqués ;

2° *Physiologique :* en rétablissant la sécrétion salivaire normale ;

3° *Mécanique :* en faisant travailler l'appareil ligamentaire des dents, car là encore le vieux principe est vrai : tout organe qui ne travaille pas s'atrophie.

Tels sont les faits et les quelques remarques qu'ils ont suggérés à mon incompétence. J'espère qu'ils pourront intéresser des spécialistes et que peut-être vous pourrez en tirer les conclusions utiles.

LE RADIUM, SES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES, SON EMPLOI POSSIBLE EN ART DENTAIRE

Par L. DEKEYSER, de Bruxelles.

(Suite et fin.)

Nous en arrivons maintenant à l'étude des propriétés physiologiques du radium. Celles-ci sont des plus importantes, car c'est sur elles que s'est basée la radiumthérapie, laquelle a pris une grande place déjà dans la thérapeuthique. Les influences physiologiques du radium ne sont pas encore entièrement connues aujourd'hui, mais ce que l'on en sait suffit à démontrer la puissance remarquable du radium comme modificateur cellulaire.

Les plantes offrent un champ d'expérience très sensible parce qu'elles réagissent avec la plus grande facilité aux influences extérieures. Il n'est donc pas étonnant que des chercheurs comme Guilleminot et d'autres aient étudié l'action des radiations nouvelles sur les embryons végétaux. Il a été constaté que le radium a une action nocive sur les graines, action pouvant aller jusqu'à la mort de l'embryon. L'action de doses faibles sur les premiers stades du développement qu'elles retardent est beaucoup moins accusée sur les stades avancés. Et il est intéressant de constater que si les rayons X peuvent également empêcher la germination, il faut cependant pour ceux-ci des doses quatre ou cinq fois plus élevées.

L'action du radium sur les embryons d'animaux est analogue : action retardatrice du développement. Les expériences tentées sur des planaires et des tritons ont démontré qu'il y avait retard dans la division cellulaire, dans la différenciation embryonale et dans la croissance de l'embryon. On a constaté la même influence retardatrice sur la régénération de larves blessées. Tur a pu étudier l'influence du chlorure de radium sur quatre-vingts œufs incubés. Tous montrèrent des embryons monstrueux présentant exactement les mêmes caractères tératologiques ; il est à remar-

quer que les parties centrales de l'embryon subissaient le maximum de l'action tératogène alors que les parties périphériques étaient à peine modifiées. Cette action puissante, retardatrice et même pafois destructive sur les cellules embryonnaires permettrait peut-être de comprendre l'action remarquable et souvent très rapide du radium sur certaines tumeurs sarcomateuses.

Mais l'action du radium est également puissante sur le sang. L'hémoglobine, au bout de sept heures d'irradiation, se modifie et se change en méthémoglobine. En général l'action du radium sur les organismes vivants est une action destructive. Cependant, il y a des exceptions. C'est ainsi que les infusoires ciliés (opalina ranarum), qui vivent dans l'intestin de la grenouille, conservent plus longtemps la vitalité de leurs mouvements si on les place dans un milieu de chlorure de sodium à 5 o/oo irradié que si on les place dans le même milieu non irradié. Naturellement la résistance des animaux varie beaucoup avec les espèces ; chose curieuse, certaines espèces contenant de la chlorophyle changent d'état comme s'il s'agissait d'une véritable réaction défensive de l'organisme.

On a pu tuer des souris en les enfermant dans des cages irradiées par un sel de radium.

Les altérations produites par le radium sur les tissus furent découverts par Becquerel et cela d'une façon toute fortuite. Le célèbre physicien avait emporté de son laboratoire un petit tube en verre contenant un peu de bromure de radium et l'avait placé, entouré d'une gaîne de papier noir, dans la poche de son gilet. Il l'y conserva pendant six heures et ne remarqua rien de particulier. Une quinzaine de jours plus tard, il s'aperçut que sur la partie de la peau en rapport avec la poche du gilet il s'était produit un érythème fixe qui bientôt s'ulcéra et donna naissance à une plaie atone qui ne se ferma qu'au bout d'un mois. Aucun phénomène douloureux n'avait précédé ni accompagné le processus ulcératif et le tissu du gilet, pas plus que celui de la chemise, n'étaient altérés. Dès que cette expérience involontaire fut

connue, on étudia de plus près l'action du radium sur les tissus animaux et on constata la succession des phénomènes suivants sur la peau : après quelques jours pour les sels de forte intensité, quinze jours pour les applications moins énergiques, érythème fixe, alopécie, puis desquamation ou formation d'une croûte plus ou moins épaisse laissant à sa place, lorsqu'elle tombe, une surface lisse, à peine cicatricielle ; parfois il peut se former des ulcérations tenaces, résistant pendant des mois à tous les traitements et provoquant de très vives douleurs. Mais à cela ne se bornent point les effets du radium et, si celui-ci provoque des ulcérations spéciales, comparables par certains côtés aux radio-dermites, il ne faudrait pas en conclure que ce corps n'agit que par la brûlure qu'il provoque. Il y a plus et il semble bien que le radium ait en quelque sorte une action élective sur quelques tissus. Et, en effet, dans certains cas, nœvus, névrodermites, tumeurs sarcomateuses et épithéliomateuses, etc., on peut obtenir la régression complète des lésions sans brûlure, sans ulcération, même sans érythème, en n'employant que le rayonnement pénétrant, ou bien en n'utilisant que des applications courtes. Qu'il y ait souvent action élective du radium sur certains tissus, sur certains groupes cellulaires, le fait paraît démontré par l'anatomie pathologique : il y aurait, d'après Dominici et Barcat, métamorphose du stroma conjonctivo-vasculaire en un tissu embryonnaire angiomateux, puis transformation de ce tissu embryonnaire en tissu conjonctif fibreux à texture régulière. Cependant l'action intime du radium nous échappe et nous ne savons pas en dernière analyse quel est le mode d'action de ce corps étonnant. Nous en voyons les aboutissants, mais nous ignorons tout des processus intermédiaires. Peut-être est-ce dans la chimie cellulaire, dans la chimie biologique que l'on pourrait trouver la clef du problème. Une expérience semble jeter un jour nouveau sur le problème.

Cette expérience, je l'ai réalisée à l'Institut Solvay, sur les conseils du professeur Heger, et je suis heureux de pouvoir vous en montrer le résultat aujourd'hui. Comme vous le

savez sans doute, le nœvus est, de toutes les affections jusqu'ici justiciables du radium, celle dans laquelle, comme je vous le montrerai tout à l'heure, celui-ci donne les résultats les plus brillants. Or, de tous les procédés utilisés jusqu'ici dans le traitement de cette difformité congénitale, l'électrolyse constituait de loin le meilleur mode de traitement. On pouvait se demander dans ces conditions jusqu'à quel point l'action du radium pouvait se rapprocher de l'électrolyse et si en somme il ne se produisait pas là des phénomènes de même ordre. Mes expériences ne sont pas terminées, loin de là ; mais, telles qu'elles se présentent, elles me semblent particulièrement intéressantes. Voici comment j'ai procédé. J'ai choisi comme sel dissociable l'iodure de potassium, parce que l'iode possède un indicateur colorant extrêmement sensible, l'amidon qu'il colore en bleu. Afin de rendre l'expérience très apparente, j'ai pris comme indicateur l'amidon de la pomme de terre, c'est-à-dire que, dans une solution à dix pour cent d'iodure de potassium disposée dans une plaque de Petri, j'ai placé une tranche de pomme de terre crue dépouillée de son écorce et de la zone germinative. J'ai fait agir ensuite sur la pomme de terre recouverte de la solution iodurée la plaque de radium que je vous montrerai tout à l'heure en vous en donnant les caractéristiques. La plaque de radium était disposée sur deux petites tiges en verre qui la maintenaient à un millimètre et demi de la surface du liquide qui recouvrait légèrement la pomme de terre. Au bout de trente heures, la pomme de terre avait fixé sur son amidon l'iode mis en liberté, comme vous pouvez le voir à sa teinte bleu foncé. L'expérience témoin réalisée de la même façon, mais sans radium ne donna aucun résultat comme vous le voyez. Le phénomène est extrêmement démonstratif. Afin de répondre à l'objection que la coloration était simplement due à l'action de l'ozone dégagée dans l'air par le radium j'ai répété l'expérience dans le vide et j'ai obtenu le même résultat. Il est donc démontré que le radium dissocie l'iodure de potassium comme le ferait un courant électrique, comme le ferait l'électrolyse. Je ne puis conclure

encore, car il faudrait toute une série d'expériences de même ordre que je poursuis du reste actuellement. Cette expérience est à rapprocher de celle de Berthelot citée plus haut, mais dans laquelle il fallut neuf jours d'irradiations.

Lorsqu'il s'agit d'actions thérapeutiques, il convient toujours de se demander si l'effet bactéricide n'intervient pas dans les processus de guérison. Il ne semble pas qu'il en soit ainsi et jusqu'à présent l'action du radium sur les microbes ne s'est pas montrée d'une énergie remarquable : il faut 21 heures pour tuer le staphylocoque, 72 heures pour tuer les spores du charbon. Quant à la culture de ce dernier, elle resta aussi active après l'irradiation qu'avant celle-ci. Des expériences entreprises par divers auteurs sur le coli-bacille, le bacille typhique, le bacille du choléra, le bacille de Koch, le bacille de la diphtérie, etc., ont donné des résultats contradictoires. Quoi qu'il en soit, il paraît résulter des expériences faites sur cette question que le radium n'agit sur les microbes qu'à doses très fortes et les rayons α seuls paraissent être bactéricides.

En résumé, l'action du radium et des corps radio-actifs sur les tissus vivants est à faible dose une action stimulante et à doses moyennes et fortes une action destructive. De plus, le radium paraît avoir une action élective sur certains tissus ou groupes cellulaires. On a comparé l'action du radium à celle des rayons X. Il y a, en effet, une grande analogie et, comme je l'ai dit plus haut, les rayons β sont semblables aux rayons cathodiques de l'ampoule de Crookes, mais les différences sont cependant notables et, au point de vue thérapeutique, je dirai simplement que nous avons guéri plus d'une fois des lésions dans lesquelles les rayons X s'étaient montrés impuissants.

Comment applique-t-on le radium en thérapeutique ? On utilise des appareils de deux types. Le plus simple est constitué par un tube de verre scellé à l'intérieur duquel se trouve le sel de radium. Ce furent là les premiers appareils utilisés ; ils ont le grand mérite d'être simples, mais ils se

prêtent mal aux applications en surface et sont surtout utilisés lorsqu'on veut agir au sein même d'une tumeur ou à l'intérieur d'une cavité, d'une fistule. La fragilité de l'instrument le rend également d'un maniement difficile.

Le type d'appareil le plus employé est l'appareil à sels collés. Ici le sel de radium est inclus dans un vernis étalé sur une plaque métallique. Ce vernis offre une surface lisse dans lequel se trouvent inclus les grains du sel de radium. Il a le grand avantage de pouvoir être stérilisé, car il peut supporter une température pouvant atteindre 300 degrés sans subir de détérioration [1] et peut d'autre part subir des chocs d'une certaine violence sans se briser. Généralement on inclut un centigramme de sel radio-actif par centimètre carré de vernis. On donne une forme carrée, rectangulaire ou ronde à l'appareil. Pour certains cas on utilise des plaques légèrement concaves (applications sur les paupières) ou légèrement convexes. Pour les conduits naturels, oreille, urètre, anus, utérus, on se sert d'appareils cylindriques. Tous ces instruments sont pourvus d'un manche sur lequel ils peuvent être vissés.

Pour les cas où il est nécessaire de pouvoir mouler en quelque sorte l'appareil radio-actif sur la surface à traiter, on a imaginé de donner comme support au sel de radium une toile recouverte du vernis. La couche de vernis ici est beaucoup plus mince que dans les appareils à base métallique, ce qui les rend sensiblement plus puissants ; malheureusement ils sont assez fragiles et il est souvent nécessaire, à cause de cet inconvénient, de les enfermer au moment de l'application dans une boîte métallique à parois minces, ce qui diminue sensiblement leur radio-activité utilisable.

Comment calcule-t-on la puissance d'un appareil radioactif? Il faut tenir compte dans ce calcul de trois facteurs : la radio-activité du sel de radium, l'absorption d'une partie

1. Depuis cette conférence, des essais que j'avais fait avec le même vernis — heureusement sans radium — m'ont démontré qu'il n'en est rien et que à l'autoclave une température de 180° fond parfaitement le vernis.

de cette radio-activité par la substance qui protège le sel contre toute perte de matière, vernis, tube de verre, écrans, etc., enfin l'âge du sel de radium. En effet, que le sel soit englobé par un vernis ou qu'il soit contenu dans un tube en verre, une partie de son rayonnement initial ou total sera absorbée par la matière qui l'inclut. La perte du rayonnement dans ces cas est assez importante et porte partout sur les rayons α qui sont les moins pénétrants. C'est ainsi que dans l'appareil à sels collés sur base métallique dont je me sers et que je vous montre aujourd'hui, le rayonnement total initial, qui est de 500.000 pour quatre centigrammes de sel de baryum-radium répartis sur une surface de quatre centimètres carrés, n'est plus que de 5.300 (la radio-activité de l'uranium métallique étant prise comme unité) par centimètre carré, soit un rayonnement global utilisable de 21.200. Tout le reste du rayonnement a été absorbé par le vernis.

Je disais qu'il faut également tenir compte de l'âge du radium. Il est, en effet, à remarquer que tout appareil nouvellement fabriqué ne possède pas sa radio-activité définitive. Les grains du sel de radium inclus dans le vernis se modifient, changent de couleur, passent insensiblement du jaune au brun foncé et modifient leur rayonnement. Il y a là une sorte de vie propre du radium, une espèce de période de formation : on dit que le radium « mûrit » : ce travail dure pendant quelques mois et c'est alors seulement que l'appareil possède ses particularités définitives de rayonnement, tant au point de vue global que de chacune des espèces de rayons.

Afin de pouvoir utiliser à bon escient un appareil radio-actif il n'est pas seulement nécessaire de connaître son rayonnement global utilisable, il est de plus indispensable d'en connaître la répartition, c'est-à-dire comment il se décompose en rayons α, β, γ. Pour fixer les idées je définirai par exemple mon appareil comme suit :

Activité globale initiale : 500.000 unités uranium.

Activité globale utilisable : 21.200.

Rayons α : 21 %.

Rayons β mous : 31.5 %.

Rayons β moyens : 42 %.

Rayons β durs et γ : 5.5 %.

Toutes ces notions, comme je viens de le dire, sont indispensables à connaître, car ce qui doit dominer toute la radiumthérapie, au même titre que la radiothérapie, l'électrothérapie, la thérapeutique par les produits chimiques, etc., c'est la connaissance d'une posologie, la notion de mesures qui doivent nous permettre, autant qu'il est possible de le faire, de sortir de l'empirisme pur et d'appliquer avec sûreté et d'une façon scientifique ce mode de traitement aux cas pour lesquels il a des indications précises. Il ne faut certes pas se le dissimuler, le problème est loin d'être résolu et nous ne pouvons pas encore doser d'une façon certaine le rayonnement radique, à cause de sa complexité. Mais nous pouvons déjà isoler, écarter par exemple les rayons α, ou n'employer que les rayons β durs et les γ, grâce à un système de filtrage assez facile à réaliser. Mais quant à n'utiliser par exemple que certaines radiations β, c'est jusqu'à présent impossible et de même nous ne pouvons lorsque nous employons ceux-ci éliminer les γ beaucoup plus pénétrants.

Les filtres ou écrans peuvent être de toute nature et l'air même constitue un écran appréciable comme nous le verrons plus loin à propos du mode d'application des appareils. On emploie presque exclusivement des filtres métalliques. Ce sont de simples lamelles de plomb caoutchouté ou de nickel ou d'argent ou d'aluminium dont l'épaisseur est rigoureusement calibrée et que l'on interpose entre l'appareil et la partie du corps sur laquelle doit se faire le rayonnement. Je me sers habituellement d'écrans en nickel allant de 1/10 de millimètre à 3 millimètres (1/10, 2/10, 3/10, 4/10, 5/10, 1, 2, 3 millimètres). Ce jeu de lamelles permet de varier considérablement, en employant plusieurs d'entre elles à la fois, (l'épaisseur de l'écran qui peut aller ainsi jusqu'à 6 1/2 millimètres). J'ai renoncé au plomb pour des séances longues, à cause de son poids et parce que le rayonnement induit paraît

être particulièrement intense. Par contre ce métal est précieux dans certains cas à cause de sa souplesse et de sa malléabilité qui lui permettent d'épouser étroitement toutes les formes. On a fait des recherches, à l'aide de l'électroscope, afin de comparer le rayonnement du radium pur ou filtré par des écrans, ce qui permet d'apprécier la diminution du « rendement » en quantité et en qualité résultant de l'interposition de ceux-ci. Je ne puis entrer ici dans le détail de ces expériences non plus que dans la discussion des chiffres obtenus, cela m'entraînerait trop loin. Mais qu'il me suffise de dire que l'on peut facilement dresser pour chaque appareil le courbe de son activité en rapport avec les filtres utilisés, courbe qui permet de se rendre compte très facilement de la radio-activité réellement utilisée. Nous pouvons ainsi nous rendre exactement compte de combien un rayonnement a diminué pour une épaisseur donnée d'écran. Mais ces courbes nous indiqueront également l'écran que nous devons employer pour éliminer tel ou tel rayonnement inférieur, α et β mous par exemple. Il est à remarquer cependant que nous ne pourrons jamais éliminer un rayonnement d'une certaine pénétrabilité sans écarter en même temps tous les rayonnements de moindre pénétrabilité. Il est encore un point important dans la détermination de l'activité d'un appareil, c'est l'étendue de la surface employée: plus cette surface sera petite, moins intense sera le rayonnement. Par conséquent, lorsque d'un appareil de quatre centimètres par exemple on n'utilise que 1/2 centimètre (en employant un écran épais fenêtré d'une ouverture de 1/2 centimètre) on ne doit pas oublier que son rayonnement sera sensiblement plus faible que le rayonnement de l'appareil entier.

On voit donc par ces quelques données qu'en réalité la radiumthérapie n'est plus un procédé empirique et qu'au contraire nous pouvons en graduer les effets d'une façon assez précise. Naturellement, les activités variant d'un appareil à un autre, chacun doit posséder exactement les

courbes d'activité de son ou de ses instruments. Aussi aucune observation de cas traité par le radium n'est comparable à d'autres qu'à la condition absolue d'indiquer la nature de l'appareil utilisé, son étendue, la quantité de sel qu'il contient, sa répartition, son activité initiale globale, son activité globale utilisable, son rayonnement en α et β, γ, enfin le mode et la durée des applications, ainsi que l'intervalle des séances, car ces derniers points sont extrêmement importants. L'irritation qui, comme je l'ai dit plus haut, peut aller jusqu'à l'ulcération, la brûlure radique, dépend, en tout premier ordre, de la durée et de la fréquence des applications. On pourra donc augmenter l'énergie du rayonnement en prolongeant la durée de l'application soit en une fois, soit en plusieurs séances. De même par des séances courtes on pourra agir d'une façon très puissante, et employer des appareils à nu sans provoquer d'irritation. De ces considérations découlent immédiatement deux modes de traitement que l'on pourrait dénommer : méthode brutale, méthode douce. Dans la première on recherche l'irritation, l'escharrification ; dans la seconde, au contraire, on cherche à les éviter. Wickham a imaginé une méthode très ingénieuse qui a pour but de faire pénétrer au sein d'un tissu, sans en altérer la surface, le rayonnement global de plusieurs appareils. C'est la méthode du « feu croisé ». Comme son nom l'indique, elle consiste à disposer les appareils de façon à ce que leur rayonnement pénétrant se rencontre au sein du tissu, la peau étant protégée puissamment par des écrans appropriés. Un dispositif imaginé par Bayet rend de grands services et moi-même je m'en suis servi avec succès dans certains cas. Il consiste à faire agir le radium à distance. Pour cela on le dispose à l'extrémité d'un tronc de cône d'une hauteur appropriée (1, 2, 3, 4 centimètres et plus). Ceci permet d'abord un filtrage par l'air qui absorbe la presque totalité des rayons α et permet surtout d'agir sur une plus grande étendue que ne le comporte la surface de l'appareil, les rayons diffusant latéralement dans toute l'enceinte fermée que forme le tronc de cône en plomb.

Quels sont les résultats obtenus jusqu'ici par le radium, c'est ce que je vais rapidement vous exposer en vous montrant à titre documentaire de nombreuses photographies de malades appartenant pour la plupart à la remarquable collection du Dr Bayet, chef du service de dermatologie à l'hôpital Saint-Pierre, dont je suis l'assistant. Vous verrez en examinant ces photographies que le radium est, au point de vue thérapeutique, dans un grand nombre de cas bien supérieur à tout ce que nous connaissons jusqu'ici. Si l'on ajoute à cela l'élégance du procédé, l'absence de douleur, son innocuité — lorsqu'il est bien manié — il faut bien reconnaître la valeur exceptionnelle de cette nouvelle acquisition pour notre arsenal thérapeutique. Malheureusement le radium est en même temps, comme je vous l'ai dit, d'une valeur exceptionnelle au point de vue du prix. Parmi les affections justifiables du radium, je dois signaler en tout premier lieu les névrodermites de toutes natures ; qu'il s'agisse de lichénifications profondes comme je vous en montre, ou de prurits *sine materia,* le résultat obtenu est toujours brillant. Nous savons, nous dermatologistes, combien est affolante, horrible, l'affection décrite comme prurit vulvaire, prurit anal. La démangeaison incessante, exacerbée jusqu'à la douleur aiguë, ne laisse nul repos au malade, et, nous devons l'avouer, tous nos topiques, même les plus puissants, n'amènent qu'une atténuation passagère. Quelques applications de radium en ont raison d'une façon complète, absolue et si au bout de quelque temps une récidive survient, le même traitement produira une guérison quelquefois pour plusieurs mois, souvent définitive. Chose curieuse, la durée de l'affection ne paraît pas avoir d'influence et j'ai vu de très anciennes névrodermites, datant de plusieurs années — un cas de Bayet remontait à 18 ans ! — guérir aussi rapidement et aussi complètement que des cas récents. De même, des photographies vous montrent des enfants atteints de cette forme d'ezcéma prurigineux de la face et du haut de la poitrine qui en fait de petits malheureux, dormant à peine, occupés qu'ils sont de tenter de calmer leurs démangeaisons

perpétuelles. Tous les traitements échouèrent, le radium a amené la guérison même chez de tout jeunes bébés. Je pourrais multiplier les cas, mais ceux-ci sont suffisamment démonstratifs.

Le second groupe d'affections justiciables du radium, ce sont les angiomes ou nœvi vasculaires connus dans le public sous le nom de taches de vin et qui revêtent souvent une étendue considérable, défigurant par leur localisation et leur forme les malheureux qui en sont atteints. Un grand nombre de photographies vous montreront de ces cas, même très graves, guéris complètement. On doit distinguer, dans les angiomes, les angiomes plans superficiels et infiltrés, les angiomes mamelonnés, les angiomes en tumeurs (dont je vous fais passer quelques beaux exemples), dont les noms vous indiquent suffisamment les caractéristiques sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans des considérations plus étendues. Quelle que soit la variété du nœvus vasculaire, quelles que soient même l'étendue, la profondeur de celui-ci, le radium le guérit dans l'immense majorité des cas, ne laissant qu'une cicatrice à peine apparente, blanc-rosé, souple. Parfois cependant une légère arborisation vasculaire survient, mais elle est souvent due à un défaut de technique qu'il est bien difficile parfois de prévoir. Ces arborisations sont du reste légères et ne défigurent pas. Il est toujours sage de prévenir le malade que la peau sera un peu différente là où se trouvait le nœvus, c'est-à-dire qu'elle n'aura pas à ce niveau la teinte ocre qui forme le fond de la peau normale, mais une teinte plus blanche. Parfois même il pourra survenir de la pigmentation, mais celle-ci disparaît toujours au bout d'un temps plus ou moins long. En général, ce sont les nœvi infiltrés, les nœvi mamelonnés et en tumeur qui donnent les meilleurs résultats. Il est à remarquer qu'il semble bien qu'il agisse ici d'une véritable action élective, car il n'est pas du tout nécessaire pour amener la guérison d'un angiome de provoquer une irritation, une destruction du tissu qui sera remplacé par une cicatrice plus ou moins belle. Il n'en est rien, car on obtient la disparition complète

d'angiomes même très volumineux sans produire la moindre irritation de surface. Il est incontestable que, par son efficacité, sa commodité, son innocuité, la radiumthérapie est le traitement de choix de cette variété d'affections.

Le cancer est tout naturellement la lésion dans laquelle on a tout d'abord tenté le nouvel agent physique et avec des résultats extrêmement encourageants, comme vous pouvez le voir. Mais ici il faut se défier des exagérations et des interprétations erronées. Du fait que les médecins qui ont employé le radium ont guéri un grand nombre de tumeurs cancéreuses, et en ont amélioré beaucoup, il n'en résulte nullement, comme on l'a dit, qu'ils aient prétendu guérir le cancer. Malheureusement, un grand nombre de tumeurs malignes restent au-dessus de toute thérapeutique et ne cèdent pas au radium, non pas seulement parce qu'elles sont inaccessibles ou trop avancées dans leur évolution, mais parce que des éléments inconnus dans leur structure ou leur nutrition s'opposent aux actions destructives ou modificatrices des moyens mis à notre disposition. Dans le traitement du cancer par le radium un choix s'impose et il sera indispensable de tenter une sorte de classification des tumeurs justiciables du radium et de celles qui ne le sont pas. Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus jusqu'à présent sont très beaux. Les cas les plus favorables sont les épithéliomas cutanés et parmi ceux-ci les formes bourgeonnantes, l'ulcère rodens, le cancroïde perlé. Même dans des cas ulcéreux, à évolution rapide on parvient souvent à obtenir la guérison et je vous montre de petits cancers térébrants de l'aile du nez, des culs-de-sac conjonctivaux qui, malgré leur localisation défectueuse, ont cédé aux applications du radium. Un certain nombre de cas avaient résisté aux autres traitements, même aux rayons X. Mais dans les tumeurs étendues, volumineuses, on peut parfois aussi obtenir des résultats tout à fait remarquables, quelle que soit la localisation. J'ai obtenu dans un cas du Dr Walravens un arrêt de développement d'un cancer en masse (papillome) inopérable du petit bassin. Les applications furent faites par le cul-de-

sac vaginal et il y a près d'un an que les premières séances ont eu lieu. La tumeur après une période de régression a paru arrêtée dans son évolution, puis est restée stationnaire. La malade vaque à toutes ses occupations et paraît en excellent état de santé. Dans un cas de cancer récidivé et inopérable du sein, Bayet a pu amener une amélioration telle que l'œdème permanent du bras consécutif à l'engorgement du creux de l'aisselle a disparu complètement et rapidement. Je pourrais multiplier les exemples. Je m'empresse d'ajouter, du reste, qu'à côté de ces cas remarquables il en est un certain nombre chez lesquels le radium échoua.

Pour ce qui concerne le cancer des muqueuses et surtout de la langue, nous devons nous montrer plus réservés et ici les succès sont beaucoup moins fréquents, bien qu'une photographie, que je fais passer parmi vous, vous montre que la guérison du cancer de la langue, si elle est rare, peut cependant être quelquefois obtenue. C'est dans tous les cas un moyen à tenter dans la leucoplasie buccale invétérée menaçant l'épithéliomatisation, mais un moyen à employer avec la plus grande prudence. Avant de quitter les tumeurs, je signalerai encore les sarcomes dont un grand nombre sont très favorablement influencés par le radium. Malheureusement, ici la généralisation est souvent fatale et si rapide que la guérison locale d'une ou de plusieurs tumeurs n'apporte souvent que peu de soulagement au malade. J'ai ainsi fait disparaître à deux reprises un sarcome des orteils, mais quelques mois après survint une métastase de la cuisse et une généralisation rapidement mortelle.

Je citerai encore parmi les affections qui cèdent aux irradiations radiques : les chéloïdes ou cicatrices vicieuses, le lupus tuberculeux et érythémateux, le psoriasis, les kératoses, les verrues, le mycosis fongoïde, etc. Dans cette dernière affection l'influence du radium est étonnante et extrêmement rapide. Je me souviens d'un cas dans lequel deux opérations successives n'avaient pas réussi à arrêter l'évolution du mal localisé à l'un des membres inférieurs. Le Dr Bayet et moi-même nous avions prévenu la famille que

l'amputation s'imposerait prochainement. A tout hasard on tenta les applications du radium et non seulement l'amputation fut évitée, mais le malade vit les lésions disparaître complètement. Enfin, je citerai encore l'excellent résultat que j'ai obtenu dans un cas de lèpre tuberculeuse, où j'ai réussi à faire disparaître tous les tubercules de la face et des membres supérieurs, sans cicatrices consécutives. Je publierai ce cas en détails dans quelque temps.

J'ai tenu à passer rapidement en revue les affections qui jusqu'ici s'étaient montrées nettement justiciables du radium, car elles nous permettront de fixer jusqu'à un certain point les indications des irradiations radiques en art dentaire ou plus exactement en stomatologie.

Je désire cependant, avant d'en venir à ce point qui terminera cette trop longue conférence, dire quelques mots d'une propriété spéciale du radium sur les tissus : je veux parler de son action analgésiante. Celle-ci est, en effet, extrêmement marquée. Il est remarquable de voir, par exemple, comme je l'ai dit plus haut, combien les prurits sont favorablement influencés ; toutes les dermatoses prurigineuses voient ce symptôme désagréable disparaître avec la plus grande rapidité. Les douleurs provoquées par les tumeurs cancéreuses s'atténuent également et c'est malheureusement dans beaucoup de cas de cancer du sein le seul bénéfice — appréciable cependant — du traitement. Le zona voit également ses douleurs térébrantes, intolérables, céder dès les premières applications. Enfin, dans certaines formes de névralgies localisées (sciatiques, intercostales, etc.), on obtient souvent une sédation remarquable des phénomènes douloureux. Même dans un cas de névralgie faciale, consécutive à une intervention opératoire, j'ai réussi à calmer les douleurs sur la moitié du territoire hyperesthésié et j'espère arriver à guérir complètement la malade ou tout au moins à rendre les phénomènes douloureux supportables.

Des considérations qui précèdent nous pourrons je crois établir les affections buccales et dentaires qui pourraient

bénéficier de cet agent physique doué d'une si remarquable puissance. Pour les affections de la dent elle-même je pense que nous avons très peu à espérer. Il s'agit presque toujours de lésions inflammatoires périostées, localisées à l'alvéole ou à la dent elle-même et je doute que les irradiations puissent rendre service ici. Mais s'il s'agit de lésions des gencives, des muqueuses, ou de tumeurs, il n'en est plus de même et peut-être arriverons-nous dans ces cas à rendre service au malade et même à le guérir des lésions dont il souffre.

Parmi ces affections, le cancer de la langue, ou celui plus rare de la muqueuse buccale, pourra être favorablement influencé, mais les applications devront être prudentes et il faut s'attendre à une proportion notable d'insuccès. Pour les tumeurs sarcomateuses les mêmes considérations s'imposent. Pouvons-nous espérer une action favorable dans les odontomes? Il m'est impossible de le dire, mais l'on pourrait espérer la régression des formes odontoplastiques et l'arrêt dans l'évolution des formes non dentifiées. Pour ce qui concerne l'odontome dentifié, je ne crois pas que l'on puisse obtenir un résultat appréciable. Naturellement, l'action du radium étant relativement lente, il faudra s'inspirer des circonstances et n'intervenir par ce moyen que s'il n'y a pas indication assez urgente d'intervenir chirurgicalement. La tumeur alvéolaire sur laquelle on devrait surtout étudier l'action du radium est, me semble-t-il, l'épulis, périodontome dont l'évolution est trop souvent extrêmement grave. Je ne crois pas que jusqu'à ce jour on ait tenté l'action du rayonnement radique sur ce genre de néoplasmes. Théoriquement, comme il s'agit d'un granulome, d'une variété de sarcome à cellules rondes, on peut espérer par ce moyen une transformation fibreuse, qui rendrait la tumeur inoffensive, si même elle ne disparaissait pas complètement. Les angiomes sont dans la bouche, comme sur le tégument, une indication bien nette aux applications du radium. J'en dirai autant des lésions tuberculeuses des gencives, du lupus, qui est à peine modifié par les moyens thérapeutiques habituels et qui me semble tout à fait justiciable des appli-

cations de radium à cause de ses propriétés décongestives et modificatrices. J'ai parlé plus haut de la leucoplasie buccale. Enfin, je pense que l'on pourrait peut-être obtenir de bons résultats dans l'actinomycose et surtout dans le traitement des cicatrices vicieuses qui succèdent si souvent à cette affection.

Voilà, je crois, esquissées rapidement, les quelques indications possibles du radium dans votre spécialité. J'aurais voulu m'étendre davantage sur ce sujet ; mais, comme je vous l'ai dit, je suis incompétent et je n'ai pu dans ces conditions que fixer les grandes lignes. Mais j'ai tenu à développer davantage les indications médicales générales afin que par comparaison vous puissiez vous rendre compte de ce que l'on peut obtenir en stomatologie. Ici tout ou presque tout est à faire, car je ne sache pas que l'on ait tenté le procédé, sauf pour les affections de la langue. Peut-être pourrait-on pourtant pénétrer jusqu'au centre de l'alvéole en utilisant les rayons ultra-pénétrants, les β durs et les γ. Cependant, de sérieuses difficultés entravent l'action dans la cavité buccale : les applications d'une certaine durée sont, en effet, des plus pénibles. Le malade, en effet, ne peut maintenir la bouche ouverte un certain temps sans une très grande fatigue et une salivation extrêmement abondante. D'autre part, il est bien difficile de fixer solidement un appareil dans la bouche, sans compter que ceux-ci se prêtent assez mal aux anfractuosités tourmentées de la cavité. Mais ce sont là des difficultés que vous êtes plus à même que moi de résoudre, et sur lesquelles cependant je désirerais appeler votre attention. Comme vous le voyez, si en médecine, et surtout en dermatologie, nous sommes arrivés à des résultats thérapeutiques brillants, en stomatologie tout ou presque tout est à faire. Mais ici peut-être pouvons-nous espérer aussi et je terminerai en souhaitant que votre prochain Congrès apporte à ses membres un faisceau d'observations bien coordonnées démontrant de nouvelles conquêtes du radium sur la maladie.

DE L'UTILITÉ DE LA SURVEILLANCE DES DENTS DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS SOUMIS AU RÉGIME DU LAIT ET DES PURÉES

Par M. Delguel (de Bordeaux).

(Communication au Congrès d'hygiène scolaire.)

Je voudrais attirer votre attention sur un point intéressant l'hygiène scolaire, et dont l'intérêt m'a frappé depuis l'époque où j'ai commencé à faire de la médecine des écoliers.

Je veux parler de la situation particulière qui est faite aux enfants ou aux adolescents soumis au régime lacté ou au régime des purées, des deux régimes d'ailleurs aboutissant à créer, chez les sujets qui y sont astreints, une situation identique et que je qualifierai par le mot *a mastication*, c'est-à-dire l'absence de mastication. Nous connaissons le rôle indispensable du broyage des aliments, et un de nos confrères les plus distingués de Bordeaux, M. le Dr Sellier, a consacré récemment à cette question un travail très intéressant. Or, si l'acte masticatoire est important chez l'adulte, à plus forte raison est-il d'un intérêt primordial chez l'enfant et l'adolescent. Ceux d'entre nous qui ont observé des malades soumis au régime du lait ont remarqué que la bouche était dans un état vraiment déplorable, exhalant une odeur spéciale, caractéristique et, en tous cas repoussante, malgré des soins de propreté plus ou moins rigoureux. Les dents sont recouvertes d'un enduit crémeux blanchâtre ; la gencive irritée ne sertit plus les dents, d'une façon normale elle est amincie et semble se retirer vers le maxillaire, formant un liséré rouge autour de la dent.

Ce liséré d'inflammation est d'autant plus étendu et accentué que le régime est plus ancien ; il en est de même pour le magma tartreux. Les mouvements normaux, aussi variés que nombreux, de la langue, des lèvres et des joues ne se produisant plus, et n'effectuant plus le nettoyage automatique constant des dents, il en résulte une accumulation considérable de débris alimentaires, d'où il résulte que

la mastication est le premier des brossages et le plus efficace. La cause pour laquelle l'enfant a été mis au régime constitue déjà un état de moindre résistance pour le malade qui, de ce fait, est en pleine période de décalcification ou déjà hypocalcifié.

Nous savons que, dans ce cas, les dents privées de leurs matériaux calcaires réunissent toutes les conditions favorables pour la carie ; mais vienne à se produire l'indication de l'un des régimes dont j'ai parlé, nous assisterons alors, non point à ces caries proprement dites ordinaires, mais bien à une véritable fonte des dents, qu'on voit disparaître rapidement, et dont les vastes cavités blanchâtres donnent accès sur une dentine ramollie, très douloureuse, affectant rapidement la pulpe pour aboutir à la destruction complète de l'organe. Les dents qui ne sont pas encore atteintes présentent un état de transparence laiteuse que nous savons causé par la raréfaction des éléments calcaires constitutifs de la dent normale.

Il est clair qu'étant donné cet état, l'absence de la totalité ou d'une partie de la mastication, c'est-à-dire l'absence de tout nettoyage mécanique de la dent, viendra aggraver la situation de notre malade en élevant le taux de l'acidité buccale.

En effet, le magma dont les dents sont recouvertes est constitué par des débris alimentaires qui, à une température très favorable, entrent en fermentation sous l'influence du microbisme buccal ordinaire, évoluant dans un milieu de culture merveilleux.

Le résultat est la production exagérée d'acides divers. Ces acides, à l'état naissant, doués d'une énergie particulière, n'ont aucune peine à attaquer le tissu dentaire, admirablement préparé par la raréfaction des matières calcaires déjà réalisée.

Telle est, à mon avis, l'explication de cette rapide fonte des dents qui se trouvent assaillies non seulement dans les points d'élection, mais de tous les côtés à la fois, puisqu'elles sont recouvertes dans toutes leurs parties d'une couche continue de crème acide qui constitue un véritable bain, comparable

à ceux qu'on prépare dans les laboratoires pour obtenir le ramollissement, la décalcification des dents en vue des coupes histologiques.

J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer plusieurs faits de ce genre, et spécialement deux cas bien typiques.

A mon service de l'hôpital se présentait, en 1908, un garçon âgé de 13 ans 1/2, d'une santé assez précaire. Atteint d'entérite, il ne prenait que du lait, des laitages et des purées ; sa bouche présentait l'aspect le plus abominable qui se puisse voir chez un sujet aussi jeune. Toutes ses dents, sans exception, avaient subi une véritable fonte ou étaient en train de la subir, il ne restait plus que des racines, ramollies elles-mêmes et deux ou trois incisives inférieures en voie de ramollisement, le tout recouvert d'un enduit blanchâtre, très épais et donnant une réaction acide. Cet enfant a dû demander la suppression de ses racines dont certaines commençaient à lui créer des ennuis ; puis, aussitôt débarrassé entièrement, il a eu le bon esprit de se placer comme garçon pâtissier... Je l'ai alors perdu de vue.

Le second cas, aussi typique d'ailleurs, concernait une jeune fille que j'ai observée en mai 1906, dans mon cabinet et dont l'histoire ressemble tout à fait à la précédente.

Agée de 14 ans, atteinte d'entérite chronique, elle se nourrissait de lait, œufs, laitages, et purées déjà depuis longtemps. Toutes ses dents avaient subi une destruction complète et totalement indolore, ce qui d'ailleurs est la règle générale chez ces malades. Malheureusement ici, la terminaison a été fatale, la malade mourait quelques semaines plus tard dans un état de cachexie profonde.

A côté de ces cas extrêmes et heureusement rares, nous observons presque tous les jours des malades qui souffrent dans leur système dentaire du manque plus ou moins complet de mastication.

Ils ne souffrent pas d'ailleurs uniquement du côté de leurs dents ; ils souffrent aussi du côté de leurs organes de la digestion, car il n'est pas douteux qu'un estomac rempli d'aliments tels que lait, œufs, purées, etc... et à peu près entiè-

rement privé de l'influx salivaire, ne peut pas se trouver dans des conditions normales. C'est en effet à l'occasion de la mastication et peut-être grâce à elle que la salive s'écoule abondante pour humecter d'abord et digérer ensuite le bol alimentaire. Que cet élément indispensable vienne à manquer et notre malade se trouvera dans une situation très défavorable.

Si je me suis permis de faire devant vous ces quelques réflexions rapides, c'est pour arriver à vous proposer un traitement qui m'a déjà donné de forts bons résultats en ce sens que : 1° il rétablit facilement la mastication ; 2° il opère le nettoyage mécanique normal ; 3° il fait couler un flot de salive ; 4° enfin, il effectue une sorte de traitement moral, surtout pour les adultes en donnant aux malades l'illusion d'un repas à l'heure du dîner familial.

En dehors du traitement classique ordinaire, je fais prendre à ces malades une tablette de « Chewing gum » 3 ou 4 fois par jour au moment du repas. Cette préparation, dont le nom signifie « gomme à mâcher », est très connue aux États-Unis, où elle sert d'amusement aux enfants et où elle est employée, en thérapeutique, comme véhicule de certains médicaments.

C'est ce produit composé de gomme et de caoutchouc que j'ai eu l'idée d'utiliser, dans le but très net de rétablir, chez les malades qui en sont privés, la fonction de la mastication avec toutes ses conséquences. Une plaque de « Chewing gum » mise dans la bouche est mâchée par le malade qui la tourne et la retourne, puis la mâche encore pendant 20 ou 30 minutes sans l'avaler ni avoir envie de l'avaler, sans éprouver aucune fatigue, absolument comme s'il s'agissait d'un bol alimentaire vrai.

Il va sans dire que ces mouvements masticatoires provoquent l'écoulement normal de la salive et dans ces conditions le produit atteint bien le but que nous recherchons.

Je n'insisterai point sur l'effet moral que j'ai signalé en passant, je me bornerai à déclarer qu'il a son importance chez certains malades.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

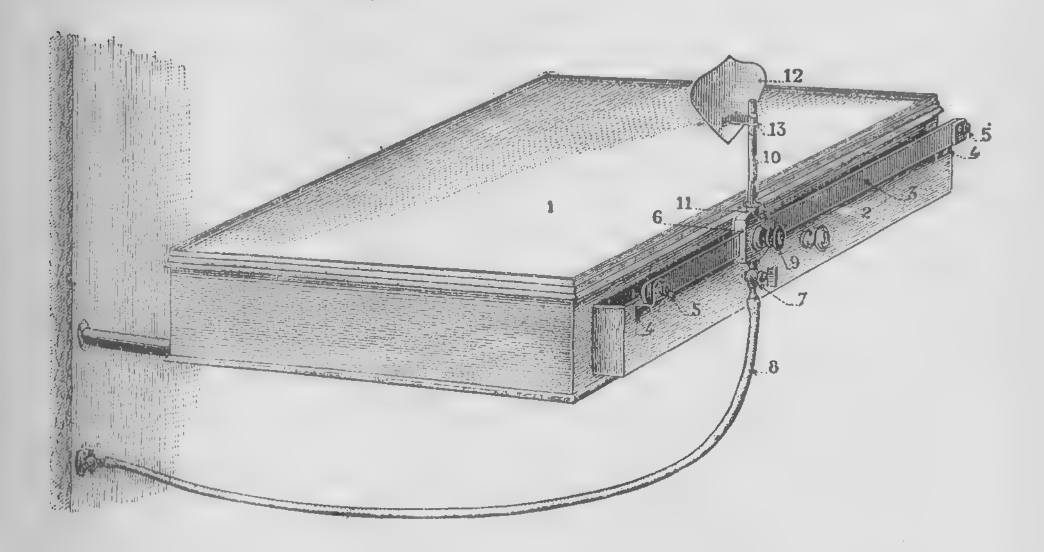
NOUVEAU BRULEUR MOBILE

à gaz ou à alcool, pour tablette de fauteuil dentaire.

Par L. WALTER, D. F. M. P. (de Montreuil-sous-Bois).

Le désagrément d'avoir la tablette embarrassée par un brûleur à gaz ou une lampe à alcool m'a incité à remédier à cet inconvénient. Je crois avoir atteint mon but en construisant l'appareil décrit ci-après.

La figure I est une vue en perspective donnant l'ensemble du dispositif fonctionnant au gaz.



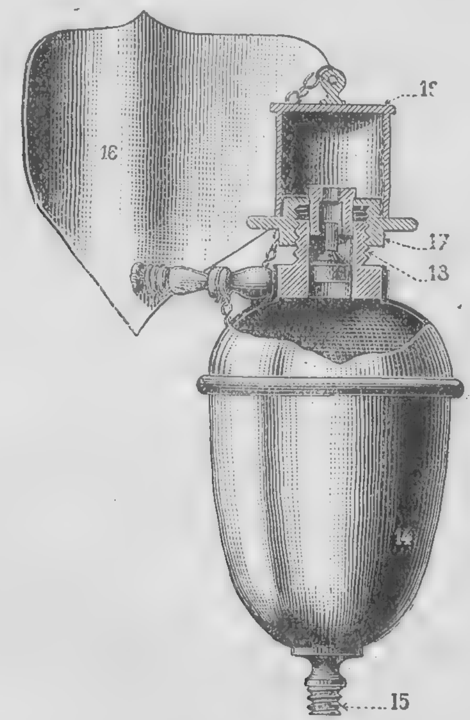
La figure II est une vue en élévation et coupe verticale donnant les détails de la lampe à alcool.

Le 1 indique la tablette ordinaire d'un fauteuil dentaire ; 2 est le tiroir à fraises.

Une barre métallique (3), de section rectangulaire, est fixée horizontalement sur le dit tiroir au moyen de pattes (4) à double équerre. Les pièces sont fixées sur le tiroir par quatre vis nickelées, enfin les vis (5) à tête molettée assemblent les dites pièces à la barre 3 pour rendre plus facile le démontage de cette dernière.

Une pièce (6) formant le corps du brûleur est établie pour coulisser sur toute la longueur de la barre 3. Cette pièce est munie d'un

robinet (7) servant de raccord au conduit souple (8) reliant la conduite de gaz au brûleur et permettant en même temps de régler la flamme ou de la mettre en veilleuse. Une vis de serrage (9) permet d'arrêter la pièce 6 et, par suite le brûleur en tout endroit convenable de la barre 3.



Le brûleur à gaz est un bunsen ordinaire se fixant de façon amovible sur la pièce 6. A cet effet la base du bunsen est filetée et le canal intérieur de la pièce 6 est taraudé à son orifice (11) pour recevoir le dit bunsen.

Le brûleur (10) est muni d'un protège-flamme constitué par une plaque métallique (12) se fixant de façon réglable et amovible sur le tube du bunsen au moyen d'une pince (13).

Quand il n'est pas possible de faire usage du gaz d'éclairage, on remplace le brûleur à gaz (10) par la lampe représentée figure II.

Cette lampe (14), dont le réservoir affecte la forme représentée par le dessin, est munie (15) d'un raccord fileté lui permettant de se visser sur la pièce 6 ; le robinet 7 est remplacé par un bouton fantaisie.

La lampe à alcool est également munie d'un protège-flamme (16), et une douille mobile (17) vissée sur le col (18) permet de régler la hauteur de la flamme. Enfin un bouchon (19) permet d'étouffer la flamme après son utilisation.

Quel que soit le mode de chauffage que porte le dispositif, ses avantages sont évidents. On peut commodément et rapidement porter le brûleur à gauche ou à droite de la tablette, suivant les besoins. Ce brûleur a, en outre, l'avantage de ne pas se renverser et par suite d'éviter des conséquences fâcheuses. De plus, la faculté que l'on a de le placer où l'on veut supprime tout danger de brûlure.

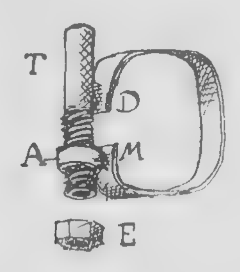
Le tout, en cuivre nickelé, ornera plutôt la tablette par sa forme élégante et simple.

MODIFICATION DES BANDES D'ANGLE

Par Louis Ruppe, D. E. D. P.

Dans certains cas d'atrésie de l'arcade dentaire du maxillaire inférieur il arrive que, malgré tous les soins apportés pour l'emplacement et le polissage des écrous intérieurs des bandes, la langue est irritée à leur contact, parfois même ulcérée.

Pour parer à cet inconvénient il suffit de faire fermer la bande sur la face jugale de la dent, de souder sur son bout distal D un tube T fileté extérieurement, sur son bout mésial M un anneau A dans lequel passera le tube et sur lequel viendra faire pression pour serrer la bande l'écrou E qui visse sur le tube.



On supprime ainsi toute gêne fonctionnelle de la langue en gardant la possibilité précieuse de resserrer la bande.

REVUE DES REVUES

DIAGNOSTIC DES MALADIES PULPAIRES PAR LE COURANT D'INDUCTION

Par SCHRÖDER.

Il a 30 ans environ que, le premier, Arkövy appela l'attention sur la possibilité de diagnostiquer les diverses maladies de la pulpe. Il décrivit quinze variétés de pulpite aiguë ou chronique et d'atrophie. Il étendit aussi notablement la méthode d'essai de l'état de la pulpe par des moyens physiques et introduisit l'irrigation de la dent malade avec de l'eau à des températures différentes.

Cela fut suivi de la méthode thermométrique de Walkhoff : injection de la dent avec de l'eau à température croissante. Au lieu de l'action thermique, Schröder emploie la réaction électrique, en se servant pour cela du courant faradique ou d'induction.

La réaction de la pulpe sous ce courant est si délicate que la limite de la réaction douloureuse est nettement définie, comme l'est aussi le premier point de sensibilité à un courant augmentant graduellement.

En notant ce point nous pouvons comparer la sensibilité d'une dent malade à la dent saine correspondante. A cet effet la force du courant doit naturellement pouvoir être réglée exactement et cela s'obtient au moyen d'un coin. L'électrode est appliquée à la dent avec l'intensité du courant à zéro et le coin graduellement déplacé jusqu'à ce que le patient y soit sensible. Le deuxième point est donné par l'intensité de courant quand le patient se plaint d'une douleur aiguë.

Des observations sur des dents saines ont montré que la sensibilité de la pulpe varie grandement suivant les individus et que l'intervalle entre la sensibilité et la douleur est de beaucoup diminué chez les patients faibles et nerveux. Bien plus, dans bien des cas il y avait une variation régulière à différents moments du jour.

La méthode montre aussi très clairement l'altération de sensibilité produite par l'injection de cocaïne et de suprarénine, etc. Par exemple, 30 minutes après une petite dose de morphine, l'intensité du courant produisant la sensibilité et celle du courant produisant la douleur étaient considérablement augmentées et reprenaient leur valeur primitive au bout de 1 h. 20 minutes.

Avec une injection de cocaïne et d'extrait surrénal le maximum d'insensibilité est atteint en 18 à 20 minutes, tandis que la sensibilité redevient normale en 2 heures environ.

En employant cette méthode pour découvrir une dent malade, une inflammation aiguë ou chronique de la pulpe présente une sensibilité bien plus grande si on la compare à la dent saine correspondante, tandis que la pulpite ulcéreuse ou gangréneuse présente une sensibilité inférieure à la normale. *(Archives of the Röntgen Ray.)*

TRAITEMENT PAR LE VACCIN DES MALADIES DU PÉRIODONTE

Pendant les dernières années certaines maladies de la bouche et plus spécialement du périodonte ont fortement attiré l'attention en raison de la croyance grandissante qu'elles sont la cause de symptômes constitutionnels auxquels elles sont fréquemment associées. La possibilité que la pyorrhée soit le résultat d'une infection a été longtemps admise, et en 1906 l'emploi de vaccins bactériens a été étendu par M. K. W. Goadby au traitement de cette maladie. Dans une réunion de la section odontologique de la Société royale de médecine, d'autres communications ont été faites par MM. Goadby, J. W. H. Eyre et J. L. Payne sur le traitement par le vaccin de la maladie du périodonte. Des symptômes constitutionnels existaient, non seulement dans les cas avancés et graves décrits par MM. Eyre et Payne, mais aussi dans les cas précoces signalés par M. Goadby et, dans les deux catégories, le traitement par des vaccins appropriés avait amené, disait-on, une guérison complète ou une amélioration très marquée. La discussion qui suivit ces communications montra cependant qu'une grande différence d'opinions existait chez les dentistes, aussi bien quant à la nature de la maladie désignée sous le nom de pyorrhée que quant à la valeur du traitement par le vaccin. Quelques-uns définissent la maladie du périodonte comme une destruction chronique progressive de l'alvéole commençant au bord gingival et accompagnée parfois, au début, et invariablement plus tard de la formation du pus ; ils considèrent cet état comme purement local et dû à une lésion des tissus par des changements de fermentation dans des matières stagnantes. D'autres, y compris M. Goadby, considèrent la maladie comme d'origine bactérienne et conduisant à des symptômes généraux presque dès le début, et ils comprennent toutes les infections aiguës du bord gingival comme des cas de pyorrhée. On admet généralement que, dans la maladie avancée du périodonte accompagnée de formation de pus, il y a absorption de toxines des poches ou ingestion du pus qui provoque des troubles gastriques et que, dans ces cas, la pyorrhée peut amener le rhumatisme, l'anémie et d'autres symptômes généraux. Mais ceux qui croient que la pyorrhée est

primairement une maladie locale sur laquelle peut se greffer secondairement une infection bactérienne ne regardent pas de pareils états constitutionnels, tels que la dyspepsie ou l'anémie, comme ayant une relation avec la maladie locale de la bouche quand ils se rencontrent chez des patients souffrant de pyorrhée précoce.

La pyorrhée légère se présente avec une fréquence extrême, de sorte qu'il n'est pas surprenant qu'un nombre considérable de ces cas offrent quelque contraste avec la santé ; mais il n'existe pas de preuve sérieuse que des symptômes de mauvaise santé générale se rencontrent plus souvent chez des individus atteints de pyorrhée précoce que parmi ceux dont la bouche et saine. L'incertitude qui existe sur le caractère de la maladie du périodonte — est-ce primairement une lésion locale du tissu périodontique ou est-ce dès le début une infection bactérienne ? — n'a pas encore été dissipée par les résultats du traitement par le vaccin. Il est certain que le traitement purement local doit être approprié pour une lésion purement locale, tandis qu'il peut ne pas suffire pour le traitement des symptômes généraux secondaires à une maladie locale. Beaucoup de praticiens prétendent que les résultats du traitement local, même dans les cas de pyorrhée avancée et en présence de symptômes constitutionnels, sont tout aussi bons que ceux donnés par l'adjonction du traitement au vaccin, et que le traitement purement local amène non seulement une amélioration de l'état de la bouche, mais encore la disparition des symptômes morbides généraux. Jusqu'à présent le traitement par le vaccin a toujours été employé en outre du traitement local et il n'a pas été fait d'observations sur le traitement de la pyorrhée par le vaccin seul. Il n'a pas été montré non plus par la comparaison d'un certain nombre de cas que l'emploi du vaccin hâte la guérison de la maladie du périodonte ou rende possible la guérison des cas qui ne peuvent être guéris par le traitement local seul. Il est probable que, dans le cas de pyorrhée avancée accompagnée de symptômes constitutionnels, l'emploi du vaccin peut élever rapidement la résistance du patient à l'infection et par suite le mettre en état de subir plus rapidement et plus complètement l'influence du traitement local, et les excellents résultats donnés par le traitement au vaccin dans ces cas confirment cette opinion. A part cette exception, l'opinion n'est pas unanime sur ce fait que l'addition du vaccin au traitement local de la maladie du périodonte augmente notablement la probabilité d'une guérison, et jusqu'à ce que les dentistes soient d'accord sur cette question, ainsi que sur la pathologie de la pyorrhée et sur la signification du mot *guérison*, la valeur du vaccin pour le traitement de la maladie du périodonte doit être admise sous toutes réserves. *(Lancet.)*

REVUE ANALYTIQUE

Un cas curieux de formation cémentaire dans le canal radiculaire. — Danger des fausses dents. — Morts sous l'anesthésie.

Un cas curieux de formation cémentaire dans le canal radiculaire.

Il s'agit d'une incisive centrale qui présente une couche de cément recouvrant le canal pulpaire dans toute sa longueur. Il ne paraît pas exister de rapport entre ce dépôt de cément avec le cément de la racine.

Aux environs du foramen apical la dentine est mise à nu par le phénomène de la résorption. Au même endroit la couche extérieure du cément présente des lacunes de résorption. A l'examen microscopique on constate que la pulpe avait encore conservé sa vitalité, pourtant il y a des modifications à signaler. La pulpe coronaire présente des vacuoles communiquant entre elles. Il n'y a pas lieu de croire à une réaction quelconque des tissus, malgré la dentine secondaire circonscrite que l'on observe. Les odontoblastes ont disparu dans les deux tiers supérieurs de la pulpe qui a conservé sa vitalité, les vaisseaux sont normaux, il y a augmentation fibrillaire. La couche interne du cément est une couche homogène, régulière. Les globules cémentaires sont nombreux. La ligne de démarcation est tantôt droite, tantôt irrégulière. Sur deux points la substance est traversée par un canal rempli de tissu conjonctif et des vaisseaux. Dans une autre reproduction on voit un nodule pulpaire.

L'auteur essaie de répondre à deux questions : comment peut-on expliquer la production de cément par la pulpe et pourquoi cette production a-t-elle eu lieu ici ?

Le processus qui a influencé la pulpe dans sa nutrition, et auquel on devrait attribuer la résorption au niveau de l'apex, a déterminé la disparition des odontoblastes et la modification de la pulpe en tissu conjonctif. Le tissu conjonctif a formé du cément par métaplasie.

Si ce phénomène ne se produit pas souvent malgré la formation de tissu conjonctif, c'est que les conditions ne sont pas les mêmes, soit qu'il s'agisse de tissu pauvre en noyau (signe de vieillesse), auquel cas l'activité est paralysée, soit qu'il s'agisse de processus inflammatoires, et dans ce cas la quantité de cellules ne serait pas permanente. Les cellules proliférées auront bientôt une autre destination. L'auteur envisage le cas de la façon suivante. Quelle que soit la cause primaire, il se pourrait qu'à la suite de la grande fatigue qu'avait à supporter cette dent qui était isolée, elle fût atteinte de périodontite qui aurait eu comme résultat la résorption signalée au niveau de l'apex. Le processus inflammatoire de la racine aurait amené un trouble de nutrition de la pulpe, mais la pulpe a conservé autant de vitalité pour utiliser les sels calcaires que lui charriait la circulation et de produire ainsi le cément par métaplasie. *(Monatschrift für Zahnheilkunde.)*

SOMMER.

Danger des fausses dents.

Nous relevons dans les journaux étrangers un certain nombre de cas d'absorption de dents artificielles ayant eu des conséquences mortelles. Ces cas montrent le danger des appareils de petit volume avec une rétention insuffisante.

Une dame avait fait, le 2 décembre 1908, étant jeune fille, une chute de bicyclette qui lui avait causé plusieurs blessures. Quand on la releva quatre fausses dents et la pièce qu'elle portait dans la bouche avaient disparu. Deux de ces dents et une partie de la pièce furent retrouvées, mais deux dents ne purent être retrouvées. Depuis, elle avait toujours souffert de la gorge. Le 6 janvier 1910, tandis qu'elle se baissait pour nouer ses lacets de souliers, un flot de sang s'échappa de sa gorge. Quinze jours plus tard elle entra à l'hôpital et y mourut le 23 juin. L'autopsie permit de constater un gros abcès au cerveau et, dans la gorge, retenues par un crochet d'or, les deux dents manquantes, ainsi que le morceau de pièce, autour desquels s'était formé un abcès. *(Times.)*

*
* *

Un habitant de Newcastle on Tyne, âgé de 43 ans, avait avalé un dentier en juillet 1901, mais ne se présenta qu'en décembre à l'hôpital, très malade, à demi mort de faim et avec des symptômes de perforation de la bronche gauche. La gastrotomie fut opérée et plus tard on tenta vainement de retirer le dentier par l'estomac. En février 1903 l'œsophage fut ouvert dans le médiastin postérieur et les dents furent enlevées, mais la mort survint 48 heures après. L'autopsie révéla une large perforation de la bronche, avec broncho-pneumonie septique étendue et tuberculose ancienne.

Ce cas a été publié dans le *Lancet* du 14 mai 1910. *(Dental Surgeon.)*

*
* *

Un homme de 50 ans, de Stolzenfels, Horfield Common (Angleterre), se trouvait à Bristol quand il fit une chute sur le trottoir. La blessure qu'il se fit en tombant fut pansée à l'hôpital ; mais il revint à celui-ci le même soir à 9 heures, disant qu'en tombant il avait dû avaler son dentier. Sa gorge fut examinée et, en effet, des fausses dents y furent aperçues, elles furent extraites avec peine, mais le lendemain il éprouvait beaucoup de difficulté à avaler et le surlendemain une bronchite se déclarait et amenait la mort. L'autopsie révéla la formation d'un abcès à l'endroit où s'étaient logées les fausses dents. La mort était due à une bronchite septique. *(Dental Surgeon.)*

*
* *

Un habitant de Veytaux (canton de Vaud, Suisse) avait avalé pendant son sommeil une dent artificielle retenue à la mâchoire par deux crochets. De la gorge où elle s'était accrochée, on réussit à la faire descendre dans l'estomac, mais quand on voulut l'en extraire, on ne la découvrit pas. La dent avait passé déjà dans l'intestin ; une inflammation du péritoine s'est alors déclarée, entraînant la mort du patient.

*
* *

Un cocher de Potsdam (Allemagne) avait négligé d'enlever son dentier avant de se coucher. Pendant son sommeil ce dentier tomba dans l'œsophage de sorte que le sujet dut être transporté à l'hôpital pour y être opéré.

*
* *

Un soldat du 1er régiment d'infanterie en garnison à Munich est mort des lésions causées par l'ingestion d'un dentier. Il avait été opéré immédiatement et le dentier avait été enlevé de l'œsophage ; mais il se produisit une suppuration qui se fit un trajet dans la poitrine et amena la mort.

Morts sous l'anesthésie

On ne saurait trop mettre en garde les dentistes contre les dangers de l'anesthésie générale dans l'extraction des dents. En Angleterre et aux Etats-Unis, où cette pratique est très répandue, on trouve fréquemment des cas de décès chez les dentistes, même avec les anesthésiques réputés inoffensifs, tels que le protoxyde d'azote par exemple. On en jugera par les faits que nous citons ci-après et qui ne sont pas des cas isolés dans la littérature anglaise.

Un employé de commerce de 23 ans, de Londres, s'était fait extraire 5 dents chez un dentiste de cette ville, qui l'avait anesthésié avec le protoxyde d'azote, et après l'extraction il mourut subitement. Il avait été ausculté avant l'opération ; mais les précautions prises ayant été jugées insuffisantes par le jury auquel le cas fut soumis, celui-ci, tout en acquittant le dentiste, lui adressa un blâme.

*
* *

Une fillette âgée de 7 ans avait été soumise à l'anesthésie par le chloroforme pour l'extraction de dents et pour l'opération d'un abcès. Elle mourut pendant l'opération. L'enfant était hystérique et débilitée, et 4 gram. seulement d'anesthésique lui avaient été administrés.

*
* *

Un jeune homme de 17 ans, de Nottingham, souffrant des dents, s'en était fait extraire deux le 22 avril 1910 par un dentiste ; la semaine d'après, plusieurs autres par un autre praticien. Après cette extraction il souffrait encore. Le lundi suivant une enflure se montra sous le menton et le cou se raidit. Le lendemain il se présenta à l'hôpital général où on lui avulsa sept dents. Le mercredi il y revint et il y fut gardé parce qu'il s'échappait du pus des gencives. L'ouverture de l'abcès qui s'était formé sous le menton fut décidée. Le patient fut anesthésié avec du chloroforme pur, mais il mourut en quelques secondes pendant l'anesthésie. *(Dental Surgeon.)*

*
* *

Un cocher de Torquay (Angleterre) est mort chez un dentiste pendant une anesthésie au protoxyde d'azote, par suite d'un arrêt du cœur en août 1910. *(The Standard.)*

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Polissage des surfaces proximales des obturations. — Le problème du polissage des surfaces proximales d'or ou d'autres obturations est souvent difficile. Quand les dents sont trop serrées et qu'il y a lieu d'employer la bande à polir, prendre les ciseaux et couper l'extrémité d'une bande en pointe, puis faire un trou à environ 12 mm. de l'extrémité pour y introduire de la soie floche. Avec une longueur convenable de soie floche de 15 centim. à 17 centim , les deux extrémités réunies, la bande ainsi engagée peut être tirée entre les dents en faisant glisser la soie à la manière ordinaire à partir de la surface occlusale et en tirant la bande attachée vers le côté buccal ou vers le côté lingual. Quand le point est en vue on peut tirer assez loin avec les pinces à coton pour permettre à l'opérateur de saisir avec les doigts. Il est bon de toujours lubrifier la bande des deux côtés avec de la vaseline. *(Dental Review.)*

Calmant de la douleur. — Toute douleur provenant de la cinquième paire peut être temporairement arrêtée en 10 à 15 secondes par deux ou trois injections d'eau et d'alcool (parties égales) dans les narines au moyen d'un pulvérisateur. *(Dent. Surgeon.)*

Investissement pour or coulé. — Après une série d'expériences j'ai constaté que l'asbeste n'est pas une bonne matière d'investissement pour l'or coulé. Il semble y avoir un gaz se dégageant de l'asbeste qui entrave l'introduction de l'or et la formation des coins arrondis. La pierre ponce ne convient pas parce qu'un investissement qui en contient manque de force et semble poreux ou granuleux, ce qui donne une surface rugueuse. La poudre de brique réfractaire donne des résultats incertains : tantôt bons, tantôt mauvais. La craie se contracte sous la chaleur. Bien entendu il y avait du plâtre de Paris dans tous ces essais. Une partie de plâtre et trois de silex (en poids) forment un mélange excellent ne donnant pas de contraction. *(Dental Register.)*

Ciment adhésif. — Le ciment suivant adhère à toute matière :

Gomme arabique......	60 grammes.
Amidon fin...........	45 —
Sucre blanc...........	30 —

Pulvériser la gomme et la dissoudre dans autant d'eau qu'une blanchisseuse en mettrait pour la quantité d'amidon indiquée. Dissoudre l'amidon et le sucre dans la solution de gomme arabique. Faire

cuire le mélange dans un vase suspendu dans l'eau bouillante jusqu'à ce qu'il devienne clair. Il doit être aussi épais que la poix et conservé ainsi. Le tenir propre, y mettre un petit morceau de camphre ou quelques gouttes d'huile de trèfle ou de sassafras. Ce ciment est très fort et adhère parfaitement aux surfaces vernissées et constitue une colle idéale pour réparer les pierres, minéraux ou fossiles brisés. *(Electrician and Mechanic.)*

Polissage des dents artificielles après le meulage. — Pour redonner aux dents artificielles un beau poli après le meulage, frotter d'abord les faces triturantes avec de l'émeri très fin ou autre papier à frottement, puis polir avec une tige de bois plongée dans le résidu provenant du meulage. Le polissage final s'obtient au moyen d'une brosse à polir sur le tour d'atelier garnie de la même matière. *(Journal dentaire belge.)*

Rupture des arcs de contraction ou d'expansion. — Cette rupture se produit souvent à l'endroit où le fil commence. Pour l'éviter, maintenir l'arc en place avec des pinces de manière qu'une partie du filet du fil métallique soit tenue dans les pinces, ce qui empêche la rupture de la portion faible. *(Geo. Poulson's Bericht.)*

Oxyphosphate de cuivre dans la résorption du procès alvéolaire. — La résorption fréquente du procès alvéolaire entre les racines des molaires supérieures et des molaires inférieures est difficile à traiter. Indépendamment du manque de soutien, une poche ouverte constamment offre un logement aux matières étrangères qui deviennent septiques, ce qui aggrave l'état et produit une inflammation subaiguë.

L'introduction de ciment à l'oxyphosphate de cuivre remplissant complètement cet espace renforce le support de la dent, arrête les matières étrangères et vient à bout de l'irritation des tissus mous.

La résorption est due quelquefois à la perforation du plancher de la cavité pulpaire, à la jonction de la bifurcation des racines ; alors ce mode de traitement donne des résultats satisfaisants. Un tube de celluloïd est très utile pour l'introduction du ciment. En raison de l'action thérapeutique de l'oxyde de cuivre, les tissus mous sont influencés et un agent bienfaisant est maintenu ainsi en contact constant avec eux. *(Dental Practice.)*

Préparation des modèles de cire pour inlays coulés. — Le polissage des bords cervicaux dans les espaces interproximaux des inlays d'or sans léser le tissu gingival est toujours une chose difficile. Les inlays tranchent davantage que les aurifications. On peut brunir les aurifications à l'or en feuilles, et les polir d'une manière égale, mais si le bord gingival du modèle de cire n'est pas convenablement façonné, il est difficile de polir l'inlay après qu'il est posé. *(Dental Review.)*

Soudure d'or. — En soudant et en renforçant des couronnes d'or, la soudure employée doit être d'un titre très légèrement inférieur à celui de l'or des couronnes elles-mêmes. La soudure d'un titre trop bas

attaque les couronnes, les ronge, y pratique quelquefois de petits trous. En renforçant les couronnes d'or ne pas employer trop de soudure à la fois, sans cela il faudrait trop chauffer la couronne, ce qui porte notablement atteinte à leur solidité. *(G. Poulson's Bericht.)*

Moyen d'obtenir des bords parfaits dans les inlays d'or coulés. — Au lieu de rabattre soigneusement tous les bords débordant, laisser un peu d'excès sur tous les bords et après avoir posé l'inlay et avoir laissé le ciment durcir 15 ou 30 minutes, rabattre les bords avec des fraises à finir l'or et en brunissant rapidement. En ce faisant avoir soin que la fraise tourne en allant de l'or vers le bord. En finissant une obturation occlusale dans une molaire droite inférieure, par exemple, le bord labial est façonné en actionnant le tour de gauche à droite; mais en opérant sur le bord lingual renverser le moteur. Ne pas oublier de lubrifier les fraises et les brunissoirs avec la vaseline. De cette façon les bords sont parfaitement fermés, autant qu'on peut en juger par l'examen oculaire et l'exploration. Ce scellement des bords est nécessaire, d'après notre expérience des ciments de la consistance employée pour la pose des inlays, qui est celle qui a été en usage pendant des années pour poser couronnes et ponts. J'ai enlevé quelques couronnes et j'ai souvent vu la carie récidiver même sous des ciments bien malaxés. Plus le ciment est clair, plus il est enlevé aisément et plus les fentes favorisent la carie. Quand le retrait et le plissage de l'obturation sont trop grands pour être corrigés par le brunissage, employer une technique différente. Le bord gingival est toujours la partie la plus faible d'une obturation, il présente le plus grand pourcentage de récidive de la carie et c'est aussi le point vulnérable des inlays. Comme dans la plupart des cas, il est impossible de brunir convenablement l'or en place entre les dents, je biseaute et donne au bord un angle de 120 degrés.

Le bord gingival correspondant de l'inlay présentera une forme en V, dont je brunis le bord extérieur en dedans, le maillet devant l'ouvrir suffisamment pour l'adaptation. Si, en examinant, je remarque une ouverture, je répète l'opération et c'est seulement quand je suis certain d'une adaptation parfaite que je cimente l'inlay en place. *(Items of interest.)*

BIBLIOGRAPHIE

Atlas microphotographique de la pathologie dentaire.

Nous avons reçu de M. Hanazawa, chirurgien-dentiste à Sendagaya (Japon), un magnifique volume d'art dentaire intitulé *Atlas microphotographique de la pathologie dentaire.* Notre confrère, qui est professeur à l'École dentaire de Tokio, a eu l'idée d'accompagner les 58 planches qui illustrent ce volume de la traduction en anglais des légendes explicatives, de sorte qu'il est possible de suivre les développements de l'auteur sans connaître le japonais. Ces planches sont très remarquables et suffisent à témoigner du soin avec lequel ce livre a été composé.

Livres reçus.

Nous avons reçu : 1° de M. P. Torrent, dentiste du corps médical scolaire de la province de Buenos-Ayres, une brochure intitulée *Hygiène dentaire scolaire*, reproduction de la communication de l'auteur au Congrès international de médecine et de chirurgie de Buenos-Ayres en 1910;

2° De M. Alfred Rohrer, dentiste à Fribourg en Brisgau, un traité en 115 pages sur les poudres dentifrices et les dentifrices. C'est un formulaire à l'usage des chirurgiens-dentistes et des étudiants;

3° Le *Règlement de l'Ecole libre d'Odontologie* de Rio-de-Janeiro, reconnu par décret du 28 août 1905. Rappelons que M. Chapot-Prévost, notre collaborateur et membre de l'A. G. S. D. F., qui se trouve en ce moment à Paris, est professeur dans l'institution.

Nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro de l'*Hygiène*, journal publié à l'occasion de l'Exposition internationale d'hygiène de Dresde qui, comme on sait, se tiendra de mai à octobre prochain. C'est une revue mensuelle publiée par l'Administration de l'Exposition.

Deutsche Zahnheilkunde in Vorträgen.

Adolphe Witzel avait publié un traité de *dentisterie allemande en leçons.* Le Prof. Jules Witzel, avec la collaboration de nombreux professeurs d'universités et de nombreux praticiens, a refondu cet ouvrage, qu'il publie en fascicules chez Thieme à Leipzig.

Nous avons reçu le fascicule 15 dû à notre distingué collaborateur M. R. Weiser, de Vienne, consacré à des réflexions et propositions touchant la prothèse chirurgico-dentaire des maxillaires.

Ce fascicule, de 36 p., est illustré de 38 figures.

VARIA

Placers d'avenir.

Les dentistes américains introduisent sans relâche de l'or dans les mâchoires de leurs patients, mises à mal par l'abus que les Yankees font de la glace et des boissons glacées.

L'aurification fleurit donc aux Etats-Unis. On peut arriver à cette conclusion — après de sérieux travaux de statistique — que le poids de métal précieux ainsi utilisé annuellement par les dentistes du Nouveau-Monde n'est pas inférieur à 800 kilogrammes. Cela représente la somme respectable de 2.500.000 francs, et l'or est, bien entendu, enterré après la mort des Yankees, avec leurs mâchoires.

En supposant que cela dure trois siècles, les cimetières des Etats-Unis recèleront une valeur de 750 millions de francs en or. Ce seront là de riches placers à exploiter pour leurs descendants.

(Pêle-Mêle.)

Histoire de squelette.

Un procès curieux vient d'avoir lieu, qui occupe toute la presse suédoise.

Le nommé Albert Nystrœm, de Stockholm, était à vingt ans un pauvre diable sans sou ni maille et fort embarrassé de son avenir.

Il apprit un jour que l'Institut anatomique royal achetait les squelettes par anticipation. Celui qui voulait lui céder ses propres os n'avait qu'à se rendre à la chancellerie de l'Institut, à signer un contrat et à encaisser de belles et bonnes pièces d'or.

Nystrœm ne réfléchit pas longtemps. Il se présenta à l'Institut, fit ses offres. On trouva son squelette de parfaite constitution et l'affaire se conclut.

L'argent reçu profita à Nystroem et aujourd'hui il est riche, sa fortune dépasse un million. Il est marié, a de la famille. Tout cela lui a rendu son squelette très cher.

Il y a quelque temps, ce sentiment le poussa à consulter un avocat au sujet du marché d'antan avec l'Institut. Est-il convenable, moral, que le squelette d'un homme riche figure un jour dans un musée ? Assurément non. L'avocat fut de cet avis, et Nystrœm engagea un procès contre l'Institut.

Ce procès, il vient de le perdre. Et, même mieux, il a été condamné à payer une indemnité à l'Institut pour s'être fait arracher deux dents sans autorisation.

Le caractère d'après les dents.

Des dents longues et étroites dénoteraient la vanité ; longues, projetées en avant et débordantes, elles montreraient une disposition à l'avarice et à l'égoïsme ; des dents petites, très blanches et séparées seraient un signe certain de l'inconstance et d'un caractère changeant ; fines et très serrées, elles seraient l'indice d'un caractère inégal, avec tendance à la neurasthénie. Enfin l'infidélité et la fausseté seraient marquées par des dents qui s'enchevêtrent et se superposent.

Mais les gens qui n'ont plus de dents, comment les juge-t-on ?

Les dents de nos ancêtres.

En comparant les dents des hommes préhistoriques avec nos dents actuelles, M. Th. Gassmann a trouvé une différence énorme : il a pu prouver que nos dents contiennent moins de matières organiques et que, pour cette raison les dents de nos ancêtres étaient plus durables.

La teneur en chaux est sensiblement demeurée la même dans le cours des siècles.

Le Directeur est dentiste.

Cette affiche n'est pas américaine. Elle est allemande; c'est à Charlottenbourg qu'une troupe de passage vient de la répandre :

Faust, Opéra, etc., etc.

N. B. — Toutes les personnes qui prendront des loges de face ou des baignoires auront droit, le lendemain, à une consultation gratuite pour les dents.

Les spectateurs qui loueront des avant-scènes pourront se faire aurifier ! !

Le directeur est dentiste.

On commencera à 6 h. 45.

Plus fort que Barnum, n'est-ce pas ?

NÉCROLOGIE

PAUL MARIÉ

La mort vient de frapper pour la troisième fois depuis six mois le corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris : d'abord Camille Pinet, puis Alexis Julien, maintenant c'est le docteur Paul Marié, décédé le 17 février 1911.

Il est peu d'étudiants de l'Ecole dentaire de Paris qui n'aient connu le Dr Marié, car il était entré dans le corps enseignant trois ans après la fondation de l'Ecole, le 13 janvier 1884, en qualité de professeur suppléant d'histoire naturelle. Des changements survenus dans la composition des programmes ayant amené la suppression de cette matière, il avait été nommé, le 15 mars 1887, professeur titulaire d'anatomie et de physiologie. Il occupait encore cette chaire lorsqu'une maladie brusque et inattendue mit fin en deux jours à sa carrière si remplie par le travail, à l'âge de 52 ans.

* * *

Paul-Marie-Hippolyte Marié était né à Corvol-l'Orgueilleux (Nièvre) le 22 juillet 1858. Son père, docteur en médecine et, pendant l'année terrible, médecin de l'école polytechnique, avait, parvenu à l'âge mûr, ajouté le titre de pharmacien de 1re classe à son diplôme de doctorat. Son oncle, le Dr Marié-Davy, inventeur de la pile au bichromate de potasse qui porte son nom, avait été directeur de l'Observatoire de Montsouris.

Paul Marié était doué d'une intelligence supérieure, avait une grande faculté d'assimilation et des dispositions toutes spéciales pour les sciences mathématiques, physiques et naturelles. Après un court passage au Lycée de Bordeaux, il entra en 1871 au Lycée Condorcet, où il fit toutes ses études. Ses baccalauréats passés, il se fit inscrire à la fois à la Faculté de médecine, à la Faculté des sciences et à la Faculté de droit. Il fut successivement préparateur du cours de zoologie du professeur Milne-Edwards (de l'Institut), du cours de botanique du professeur Chatin (de l'Institut) et du cours de matière médicale du professeur Planchon (de l'Académie de médecine), répétiteur des hautes études au Laboratoire de troisième année et répétiteur de micrographie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

A la suite d'une série d'examens très brillants, dans lesquels il obtint toujours la note *extrêmement satisfait*, il conquit successivement les trois diplômes de docteur en médecine de la Faculté de Paris, de docteur ès sciences naturelles, de phamarcien de 1re classe.

Bien que la carrière de l'enseignement soit à la Faculté de médecine, soit à la Faculté des sciences, soit au Muséum d'histoire naturelle, soit enfin à l'Ecole de pharmacie le tentât et fût pleine de promesses pour lui, il se sentit invinciblement attiré vers l'exercice de la médecine, qu'il aimait passionnément et qu'il pratiqua avec le plus grand succès, y alliant avec une compétence remarquable la petite et la grande chirurgie. Nous n'avons pas à examiner ici ce côté de sa vie; nous avons seulement à considérer le collaborateur de l'Ecole dentaire de Paris qu'il fut pendant vingt-sept ans. Il fut presque le créateur de l'enseignement de la physiologie dans cette institution et presque le seul professeur de cette science depuis son introduction dans le programme de l'Ecole. Il a vu passer devant lui toutes les générations d'élèves durant cette longue période, qui aurait été plus longue encore, si la mort aveugle n'était venue inopinément terminer sa vie. Tous ont conservé le souvenir de ses leçons claires, précises, exposées dans un langage sobre, simple et éminemment scientifique à la fois.

On lui doit plusieurs publications, dont l'une fut couronnée et lui valut le prix Menier en 1883; il est l'auteur des *notions générales d'anatomie, d'histologie et de physiologie* du Manuel du chirurgien-dentiste.

Il était officier de l'Instruction publique et chevalier du Nicham-Ifthikar, et possédait le grade de médecin-major de 2e classe de réserve. Il avait obtenu la médaille d'or des professeurs à l'Ecole dentaire.

*
* *

Les obsèques ont eu lieu le mardi 21 février à 10 heures du matin. La cérémonie religieuse a été célébrée à l'église Saint-Augustin, trop petite pour contenir la foule compacte qui s'y pressait.

L'Ecole dentaire de Paris était représentée par son directeur, la plupart des membres du Conseil d'administration, un grand nombre de membres du corps enseignant, une délégation d'élèves, le personnel administratif. Elle avait envoyé, de concert avec l'Association générale syndicale des dentistes de France, une très belle couronne.

Après le service funèbre le corps a été transporté dans un fourgon à la gare de Lyon, l'inhumation devant être faite à Dornecy (Nièvre), dans un caveau de famille. Une voiture funéraire emportait les multiples couronnes et bouquets qui avaient été offerts.

Le directeur de l'Ecole dentaire de Paris se proposait de pronon-

cer quelques paroles d'adieu à son plus ancien collaborateur appartenant au monde médical ; mais les circonstances ne l'ont pas permis. Il en a donné lecture au Conseil d'administration qui se réunissait précisément le soir même et qui en a décidé l'envoi à la famille et demandé l'insertion dans *L'Odontologie*. Nous reproduisons donc ces paroles aussi bien à titre d'hommage de l'Ecole au défunt qu'en témoignage de sympathie à l'égard de sa famille.

ALLOCUTION DE M. GODON

Directeur de l'École dentaire de Paris.

Au nom de l'École dentaire de Paris, je tiens à adresser quelques paroles d'adieu au Docteur Paul Marié, qui a été si longtemps notre très dévoué collaborateur.

La mort frappe à coups redoublés autour de nous et vient de nous enlever successivement trois de nos meilleurs professeurs.

C'était Camille Pinet, il y a quelques mois ; puis Julien il y a quelques jours ; aujourd'hui c'est Paul Marié, le plus ancien des trois dans notre corps enseignant.

Lorsqu'il nous apporta son précieux concours, l'École dentaire de Paris venait d'être fondée et comptait à peine trois ans d'existence. Les sympathies du monde médical d'alors étaient hésitantes pour cette institution, regardée d'un œil quelque peu sceptique. Des jeunes toutefois, et non des moins valeureux, n'hésitèrent pas à offrir leur concours à l'entreprise naissante. De ce nombre fut le Dr Paul Marié, auquel nous confiions dès le 13 janvier 1884 le poste de professeur suppléant d'histoire naturelle pour lequel son titre de docteur ès sciences naturelles le désignait spécialement et qui nous avait été présenté par le Dr Gérard, maître de conférences à l'École de pharmacie de Paris, à laquelle nous avons emprunté plusieurs membres de notre corps enseignant.

Trois ans après, les changements apportés dans nos programmes amenèrent la suppression de la chaire d'histoire naturelle et nous chargeâmes alors celui que nous pleurons aujourd'hui d'enseigner à nos élèves l'anatomie et la physiologie en qualité de professeur titulaire (15 mars 1887). Il occupait encore ce poste, dans lequel nous espérions et nous souhaitions le voir encore longtemps, lorsque la mort est venue brusquement et brutalement mettre fin à ses jours.

Paul Marié a donc appartenu pendant 27 ans à l'École dentaire de Paris ; c'est notre plus ancien professeur du corps médical.

Durant ces 27 années, combien n'a-t-il pas vu de générations d'étudiants suivre assidûment ses leçons si précises, si claires, écouter son enseignement à la fois simple et savant, mais toujours si documenté ! Il était tellement identifié à notre institution que nous ne pouvons nous faire à l'idée de voir sans lui cette chaire qu'il a occupée si longtemps. Depuis 27 ans, il n'est pas un de nos élèves qui ne l'ait connu, apprécié et estimé et qui n'ait conservé de lui un bon souvenir. La nouvelle de

sa fin si précipitée causera à tous les diplômés de notre école répandus dans le monde entier une grande surprise, en même temps qu'une profonde tristesse.

Le Dr Marié a rendu à notre institution et à notre enseignement de grands services, que nous avons essayé de récompenser de notre mieux, il y a quelques années, en lui accordant la médaille d'or des professeurs.

Il fut un excellent collaborateur, régulier, ponctuel, à la mémoire duquel je dois et j'apporte un tribut de remercîments et de reconnaissance. Son nom vivra parmi nous tous qui l'avons connu et aimé et son image restera gravée dans nos cœurs.

Puissent les multiples témoignages d'affection, d'amitié, de sympathie adressés à sa femme, si dévouée pour lui, et à son fils, dont l'avenir se présente si brillant, adoucir l'amertume de leur chagrin et leur montrer que celui qu'ils ont perdu emporte nos regrets unanimes et une estime justement méritée.

Aimé Chaussebourg.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 44 ans, de notre confrère M. Aimé Chaussebourg, membre de l'A. G. S. D. F., survenue le 20 février 1911.

Les obsèques ont eu lieu le 22 février. Nous adressons à la famille de notre confrère nos sincères sentiments de condoléances.

In memoriam.

La Société dentaire du Para, émue par la mort prématurée du Dr Camille Pinet, a voté, dans sa séance du 27 décembre 1910, une adresse de sincères condoléances à l'Ecole dentaire de Paris et a prié celle-ci d'être son interprète auprès de la famille si douloureusement éprouvée, en lui exprimant ses sentiments de vive sympathie.

Luiz de Gonzaga Pacheco,
2e secrétaire.

John Evans.

On annonce la mort de M. John Evans, marquis d'Oyley, médecin-dentiste, commandeur de la Légion d'honneur, qui a succombé à Paris, dans sa soixante-troisième année. Il était le neveu du dentiste fameux de l'empereur. Il avait perdu l'an dernier sa femme, née Macdonald.

L'incinération a lieu au Père-Lachaise.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Le concours pour deux postes de chef de clinique de chirurgie dentaire que nous avons annoncé sera ouvert le 26 mars 1911 (Décision du Conseil d'administration du 21 février 1911).

*
* *

Après concours et par décision du Conseil d'administration en date du 21 février 1911, M. Guillemin a été nommé professeur suppléant de clinique d'anesthésie et M. Solas a été nommé chef de clinique d'orthodontie.

*
* *

MM. Jay et Fouques ont été nommés professeurs titulaires du cours d'anesthésie pratique.

Groupement professionnel de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F.

La réunion commune des deux Conseils d'administration des deux Sociétés composant le Groupement professionnel de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des dentistes de France a eu lieu le samedi 25 février à 9 heures du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Elle a d'abord procédé à la nomination de la Commission exécutive et de son bureau.

Ont été élus :

Président : M. Godon.
Vice-présidents : MM. L. Lemerle, Blatter.
Secrétaire général : M. G. Villain.
Trésorier : M. Bioux.
Commissaires : MM. J. d'Argent, Fouques, Francis Jean, M. Roy (Paris), Brodhurst (Montluçon), Monnin (Le Mans), Pont (Lyon).

Les deux Conseils d'administration ont ensuite procédé séparément chacun à l'élection de six membres du Comité de rédaction et d'administration et de *L'Odontologie*, conformément à la convention adoptée récemment par les assemblées générales des deux sociétés.

La réunion commune a procédé ensuite à la nomination du bureau

du Comité de rédaction ; ce dernier est ainsi composé pour 1911 :

Directeur : M. Godon.
Rédacteur en chef : M. Roy.
Secrétaire de la rédaction : M. Dreyfus.
Administrateur-gérant : M. Miégeville.
Membres : MM. Blatter, J. d'Argent, Frey, Francis Jean, L. Lemerle, G. Robin, G. Villain, H. Villain.

Puis elle a examiné d'une façon générale la situation actuelle de la profession, discuté les différentes questions à l'ordre du jour et a émis un vœu tendant à ce que l'autorisation de recevoir des stagiaires ne soit accordée qu'aux dentistes présentant non seulement les garanties matérielles et techniques nécessaires, mais encore des garanties morales suffisantes et notamment s'abstenant de toute réclame.

Enfin elle a nommé les délégations à la F. D. N. et à la F. D. I.

Fédération dentaire nationale.

La F. D. N. française se réunira le vendredi 24 mars 1911, à 8 h. 1/2 du soir, à son siège social, Hôtel des sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Distinctions honorifiques.

Nous apprenons avec plaisir que M. Zimmermann, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, a reçu les palmes académiques.

Cercle odontologique de France.

L'assemblée générale annuelle du Cercle odontologique aura lieu le samedi 4 mars à l'Hôtel des Sociétés savantes à 10 heures du soir. Elle sera précédée de 8 h. et demie à 10 heures d'une séance scientifique comprenant deux communications importantes.

Le lendemain dimanche, dans les salons Auger, 8, rue de Valois (Palais-Royal), de 9 heures à midi, démonstrations pratiques, présentations de pièces et instruments et exposition de fournisseurs.

A midi banquet annuel sous la présidence de M. Loup ; après le banquet, matinée-concert.

Les confrères faisant partie ou non du Cercle peuvent assister à la séance de démonstrations, au banquet et à la matinée-concert du dimanche.

Seuls, les membres du Cercle pourront assister à la soirée du samedi.

Le prix du banquet est fixé à 10 francs. Se faire inscrire près de M. Knodler, secrétaire général, 64, rue de Rambuteau.

Augmentation du nombre des chirurgiens-dentistes allemands.

Le nombre des chirurgiens-dentistes allemands a augmenté pour la première fois non seulement d'une manière relative, mais d'une manière absolue beaucoup plus que celui des médecins. Pour une augmentation de 298 dentistes on ne compte que 235 médecins. En 1886 on comptait 470 chirurgiens-dentistes ; en 1907, 2422 ; 2909 en 1909 ; 3240 en 1910.

Société belge d'odontologie.

La Société belge d'odontologie a procédé au renouvellement partiel de son comité, en sa dernière assemblée générale du 21 janvier dernier.

Les postes suivants ont été confiés comme suit :

Président : M. le Dr Fay G.
Vice-président : M. Bôn M.
Bibliothécaire : M. Michel G.
Secrétaire : M. Joachim.

Association générale des dentistes de Belgique.

Le bureau de l'Association générale des dentistes de Belgique pour l'année 1911 est ainsi composé :

Président : M. L. Bruno.
Vice-président : M. A. Rubbrecht.
Secrétaire : M. L. Demoulin.
Secrétaire-adjoint : M. L. Osteau.
Trésorier : M. Igel.

Institut dentaire de Tubingen.

L'Institut dentaire de l'Université de Tubingen, créé depuis peu, s'est chargé gratuitement du traitement des dents des enfants des écoles.

De plus il a conclu avec la Caisse de secours mutuels en cas de maladie de l'arrondissement une convention accordant des avantages considérables aux membres de celle-ci pour le traitement dentaire. Cette convention supprime le versement d'honoraires aux dentistes privés pour le traitement dentaire.

Musée dentaire.

On annonce la prochaine construction à Philadelphie d'un musée dentaire fondé par Evans et qui doit coûter 7 millions 1/2 de francs.

Cliniques dentaires scolaires.

La direction de l'Assistance de Holzminden (Allemagne) assure maintenant des soins dentaires gratuits aux enfants pauvres des écoles qui ont été reconnus, lors de l'inspection dentaire dans ces écoles, avoir besoin de ces soins ; mais il faut que la demande de gratuité soit faite par les parents dans les 28 jours.

*
* *

La municipalité de Lennep (Allemagne) a inscrit 2.500 francs à son budget pour soins dentaires aux enfants des écoles.

*
* *

Le Sénat de Hambourg (Allemagne) a décidé, à titre d'essai pendant trois ans, d'introduire dans les écoles communales à dater du 1er avril 1911 les soins dentaires pour les enfants et a voté à cet effet un crédit de 10.000 francs. Une décision définitive sera prise suivant les résultats obtenus.

Les étudiants en dentisterie d'Utrecht.

Les étudiants en dentisterie d'Utrecht (Hollande), qui s'étaient mis en grève à cause de la sévérité d'un professeur, ont formé un comité chargé de prendre auprès des universités allemandes des renseignements en vue d'y achever leurs études.

Société autrichienne d'hygiène dentaire scolaire.

Ces jours-ci le comité d'organisation de la Société autrichienne d'hygiène dentaire scolaire a décidé, dans sa dernière séance, de fonder des cliniques dentaires pour donner le traitement dentaire gratuit aux enfants pauvres des écoles. Parmi les membres de ce comité, présidé par le directeur du service de santé et le ministère de l'Intérieur, nous remarquons notre collaborateur M. Weiser, de Vienne.

La police et l'orthographe en Alsace-Lorraine.

En Alsace-Lorraine la police estime que le mot *dentist* est un mot allemand qui devient français dès qu'on y ajoute un *e* final et qui est alors *dentiste*. Comme en Alsace-Lorraine les désignations françaises sont interdites sur les affiches et les enseignes, chez les chirurgiens-dentistes le mot en question doit être écrit sans *e*, tandis que dans le reste de l'Allemagne les vocables français sont permis.

Récemment un chirurgien-dentiste berlinois s'établissait à Strasbourg et placardait son enseigne qui portait le mot français *dentiste*. La police ne le permit pas et le menaça d'une amende ; le praticien fit alors enlever l'*e* final.

Quelques semaines plus tard il prit son fils comme opérateur et, depuis, l'enseigne porte de nouveau le mot *dentiste* sans que la police puisse intervenir, car le mot *dentiste* est le pluriel grammatical du mot allemand (?) *dentist*.

31e ANNÉE. N° 5 15 MARS 1911 VOL. XLV

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ÉVOLUTION DE L'ENSEIGNEMENT ODONTOLOGIQUE ET DE L'HYGIÈNE DENTAIRE EN 1910

Par CH. GODON.

(Communication au Congrès de Bruxelles, 1910.)

J'ai répondu avec le plus grand plaisir à l'appel que vous avez bien voulu m'adresser de venir parmi vous et d'y prendre la parole. Cela me permet en effet d'exprimer à la F. D. N. belge des félicitations pour l'effort méritoire qu'elle a fourni en profitant de l'exposition de Bruxelles pour organiser un Congrès dentaire national qui groupe en un faisceau toutes les intelligences et toutes les activités de la profession.

Grâce à votre fédération, l'art dentaire est dignement représenté dans cette grande fête du travail : scientifiquement, par ce Congrès, dont je salue l'ouverture avec plaisir et dont j'augure le succès certain ; professionnellement, par votre exposition dentaire si intéressante et le cabinet dentaire idéal si parfait que vous avez eu la bonne pensée d'y organiser.

Née de la session de la F. D. I. en 1908, votre Fédération a rapidement grandi et s'est merveilleusement développée : en moins de deux ans elle a créé un journal, *Le Journal dentaire Belge*, une société scientifique, une clinique dentaire,

presque une école, de sorte qu'elle possède maintenant un organisme complet qui lui permet toutes les manifestations vitales.

En évoluant ainsi, la profession dentaire en Belgique n'a fait que suivre les lois générales de l'évolution, c'est-à-dire de la transformation et du progrès, lois auxquelles sont soumises toutes les conceptions et toutes les créations humaines.

Cette évolution n'est nulle part plus marquée, plus apparente, parce qu'elle s'est opérée plus vite, que dans l'enseignement odontologique; elle n'est nulle part aussi plus radicale, plus profonde, plus tranchée ; cela tient à ce qu'elle ne s'est pas produite tout à fait d'elle-même, mais à ce qu'elle a été aidée, provoquée en quelque sorte par un facteur puissant et nouveau: la F. D. I. La F. D. I., en effet, dans ses sessions annuelles : 1901, Londres-Cambridge ; 1902, Stockholm ; 1903, Madrid ; 1904, Saint-Louis ; 1905, Hanovre ; 1906, Genève ; 1907, Amsterdam ; 1908, Bruxelles ; 1909, Berlin ; 1910, Paris, a examiné d'abord, puis dressé le programme à la fois minimum et maximum des études à faire pour exercer avec compétence la profession de chirurgien-dentiste de nos jours.

Ce programme, dont l'élaboration représente un travail considérable, auquel a pris part l'élite des praticiens de toutes les nations, formant ainsi une sorte d'état-major, a paru, aux yeux de la profession, devoir servir de type, de modèle et a été suivi dans différents pays. C'est ainsi que le décret du 11 janvier 1909 en France, qui complète la loi sur l'exercice de la médecine du 30 novembre 1892, en est la première application dans toute son étendue, en imposant dorénavant 5 années de préparation à l'étudiant en chirurgie dentaire.

Ce décret, qui constitue actuellement en France la charte de notre profession, en consacre l'autonomie par le diplôme de chirurgien-dentiste et son unité par les études et par l'examen qu'il établit en chirurgie et en prothèse dentaires.

Exigeant, à l'entrée des études, certains diplômes de

l'étudiant, le décret l'astreint, ainsi que vous ne l'ignorez pas, à un stage de deux ans consacrés, le premier à des travaux préparatoires à la prothèse (dessin, modelage, sculpture, moulage, surmoulage), à des démonstrations et à des manipulations pratiques de physique, chimie, mécanique, métallurgie, appliquées à l'art dentaire, enfin à des travaux pratiques de prothèse; le second à des démonstrations et à des manipulations pratiques du même genre et portant, en outre, sur l'anatomie dentaire, la dentisterie opératoire et l'anatomie pratique (dissection) avec des travaux pratiques de prothèse plus étendus. Ces deux années sont terminées par un examen de validation du stage, qui, subi avec succès, habilite l'étudiant à commencer la scolarité proprement dite qui dure trois ans.

Je vous rappelle que la première année de scolarité comprend des éléments d'anatomie, de physiologie et de bactériologie, l'asepsie et l'antisepsie, l'anatomie complète des dents, de leur développement et de leur connexion avec les maxillaires, ainsi que des travaux pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse.

La deuxième année comprend, comme vous le savez, des éléments de sémiologie, l'hygiène de la bouche, des travaux pratiques à la clinique dentaire et au laboratoire. La troisième année est consacrée uniquement aux cliniques dentaires, à la dentisterie opératoire et à la prothèse.

Enfin trois examens couronnent ces études; ils sont subis, le premier à la fin de la première année de scolarité, le deuxième à la fin de la deuxième année, le troisième à la fin de la troisième et ils portent sur les matières enseignées respectivement dans chacune de ces années.

Ainsi les prescriptions du nouveau décret tendent à faire du futur praticien un bon clinicien, un bon chirurgien, un bon anesthésiste et un bon prothésiste, c'est-à-dire un dentiste complet comme en Angleterre, comme en Allemagne, comme aux Etats-Unis, contrairement au principe adopté en Autriche où la profession se divise en deux : les médecins-dentistes et les mécaniciens-dentistes.

La conception autrichienne est manifestement fâcheuse : pour savoir commander il faut d'abord savoir obéir : pour faire confectionner les pièces de prothèse nécessaires il faut savoir quelles sont ces pièces, comment elles se constituent, se comportent et s'exécutent. Le chirurgien ne se borne pas à donner les indications et à préciser les détails de l'opération, il l'exécute lui-même. La prothèse fait partie de l'art dentaire ; le dentiste doit la connaître. C'est ce qu'a compris et a voulu le décret du 11 janvier.

Mais ce n'est pas seulement dans les études odontologiques qu'un changement total s'est produit ; nous enregistrons également en hygiène dentaire une évolution des plus intéressantes, due, celle-là aussi, à l'influence morale considérable, à l'action bienfaisante de la F. D. I. On sait que la Commission d'hygiène de la F. D. I. est une des plus importantes et une des premières Commissions créées par cet organisme international ; on sait aussi qu'elle vise à l'introduction de soins dentaires dans les écoles, l'armée, la marine, les manufactures de l'Etat, les établissements d'assistance, ainsi qu'à la vulgarisation de ces soins dans la masse populaire. Cette Commission a fusionné, au Congrès de Berlin de 1909, avec la Commission d'hygiène proposée par la dixième section.

Pour atteindre les buts qu'elle poursuit, elle a provoqué et favorisé la formation de vastes Comités nationaux d'hygiène dentaire composés non seulement de dentistes, mais aussi de médecins, de professeurs, de fonctionnaires, ainsi que de personnes s'intéressant à l'hygiène dentaire. C'est ainsi que, sous l'active impulsion de son président actuel, qui est l'âme de cette Commission, M. le professeur Jessen, des Comités de ce genre se sont fondés successivement en Allemagne, en Danemark, en Suède où le roi a bien voulu en accepter le patronage, en Hollande, en Finlande et il y a trois semaines, exactement le 1er juillet, en France, où la F. D. N. en est le noyau principal.

La Commission a pensé avec raison que c'est à l'école qu'il faut entreprendre de faire pénétrer dans le peuple des notions

d'hygiène dentaire, que c'est à l'enfant qu'il faut s'adresser de préférence. C'est l'œuvre qu'a entreprise notre actif confrère M. Cunningham en faisant créer l'Institut dentaire infantile de Cambridge, dont il exposait récemment le fonctionnement et les résultats à la Société d'Odontologie de Paris dans une communication publiée par *L'Odontologie* du 15 juillet, à côté du rapport de M. Jessen et d'un rapport de notre confrère de Stockholm, M. Förberg. C'est cette œuvre aussi que préconise et que voudrait seconder aux Etats-Unis notre confrère M. Kirk, qui, dans le *Cosmos* de juillet, recommande la fondation d'un bureau national d'hygiène dentaire.

La Commission, dis-je, voudrait dans les écoles de tous ordres, mais dans les écoles primaires surtout, les seules que fréquentent les enfants pauvres, une inspection semestrielle des dents des écoliers avec un enseignement élémentaire des notions d'hygiène dentaire par les instituteurs, complété par des livres et des tableaux muraux ; elle voudrait aussi le traitement des dents des écoliers dans les cliniques scolaires ; elle voudrait la création de dispensaires dentaires publics, municipaux ou privés ; elle voudrait enfin que l'éducation du public fût faite au moyen de conférences, de publications, etc.

Les travaux de la Commission et son active propagande ne sont pas demeurés infructueux : de nombreuses cliniques dentaires scolaires ont été créées en Allemagne et nous avons eu la satisfaction en France de voir le ministre de l'Instruction publique décider, par une circulaire du 23 mars 1908, de rendre obligatoires certaines prescriptions relatives à l'hygiène de la bouche dans les écoles normales primaires (établissements où sont formés les instituteurs publics), ainsi que dans les internats annexés à une école primaire supérieure. Cette décision prévoit l'organisation de deux services distincts d'inspection et de traitement dentaires confiés chacun à un chirurgien-dentiste, diplômé d'une école dentaire. L'inspection a lieu deux fois par an et le résultat en est consigné sur une fiche dentaire, par parenthèse, du mo-

dèle de celle de l'Ecole dentaire de Paris, qui est conservée par les soins du chef de l'établissement. Le traitement a lieu en dehors de l'école ; il est confié de même à un chirurgien-dentiste diplômé d'une école dentaire, désigné par l'administration. La dépense du service d'inspection est supportée par le budget de l'école ; les frais de traitement sont payés par les familles.

Enfin la décision expose les soins à donner à la bouche : nettoyage matin et soir et après les repas, emploi de la brosse à dents, savonnage des dents et des gencives, lavage à l'eau bouillie, etc.

Cette mesure n'était qu'un premier pas dans cette voie. Le ministre en a fait un second : par une décision plus récente (décembre 1909) il a étendu à tous les établissements de l'enseignement secondaire les prescriptions de la circulaire du 23 mars 1908. Il reste maintenant, et c'est la tâche la plus vaste, à étendre la mesure à toutes les écoles primaires. Souhaitons que cela se fasse prochainement.

Ainsi, le rôle social du chirurgien-dentiste se précise davantage par l'importance de sa fonction dans l'hygiène publique.

L'enseignement odontologique, en se perfectionnant, le met à même de remplir cette fonction plus complètement et de tenir avec plus de dignité sa place dans la société.

Par le poste qui lui est confié maintenant dans les établissements d'enseignement, il devient le collaborateur du médecin, avec lequel il concourt vers un but commun. Ses études, plus complètes et plus rationnelles, lui donneront la compétence voulue pour exercer avec le savoir désirable la partie de l'art de guérir qui lui est dévolue. Sa nécessité n'en sera que plus démontrée, sa considération y gagnera et le bien-être social en sera le premier bénéficiaire.

CONCLUSIONS.

L'évolution de l'enseignement odontologique et de l'hygiène dentaire démontre de plus en plus la nécessité de l'autonomie et de l'unité professionnelles de l'art dentaire et en

consacre le principe. Le rôle social du chirurgien-dentiste se précise par suite de l'importance de sa fonction dans l'hygiène publique pour la conservation de la santé publique. L'enseignement odontologique en progressant met ce praticien plus à même de remplir sa fonction plus complètement et de tenir avec plus de dignité sa place dans la société.

Il y a lieu pour les Fédérations dentaires nationales de favoriser de tous leurs efforts cette évolution : en ce qui concerne l'enseignement, en provoquant l'application du programme des 5 années d'études techniques de la F. D. I. se terminant par un titre spécial analogue au doctorat en chirurgie dentaire des Etats-Unis ; en ce qui concerne l'hygiène dentaire en préconisant la création : 1° de services d'inspection dentaire semestrielle et de vulgarisation des connaissances d'hygiène ; 2° de services de traitements dentaires et particulièrement de dispensaires dentaires municipaux comme en Allemagne.

Pour faciliter ces réalisations en matière d'hygiène, il y a lieu de créer des Comités nationaux d'hygiène dentaire en rapport avec la Commission internationale d'hygiène de la F. D. I.

RESTAURATION ÉTENDUE DE LA FACE APRÈS LARGE INTERVENTION CHIRURGICALE POUR CANCER

Par Th. Raynal (de Marseille), D. E. D. P., D. F. M. P.

Le malade qui fait l'objet de cette présentation est un homme de 59 ans, Paul P..., employé d'une Administration de l'Etat, habitant depuis très longtemps la Tunisie.

En 1905, il fut opéré avec succès à Tunis d'un placard de leucoplasie en voie de dégénérescence maligne situé en arrière de la commissure labiale droite. A la suite de cette opération, les mouvements d'ouverture de la bouche furent légèrement diminués d'amplitude.

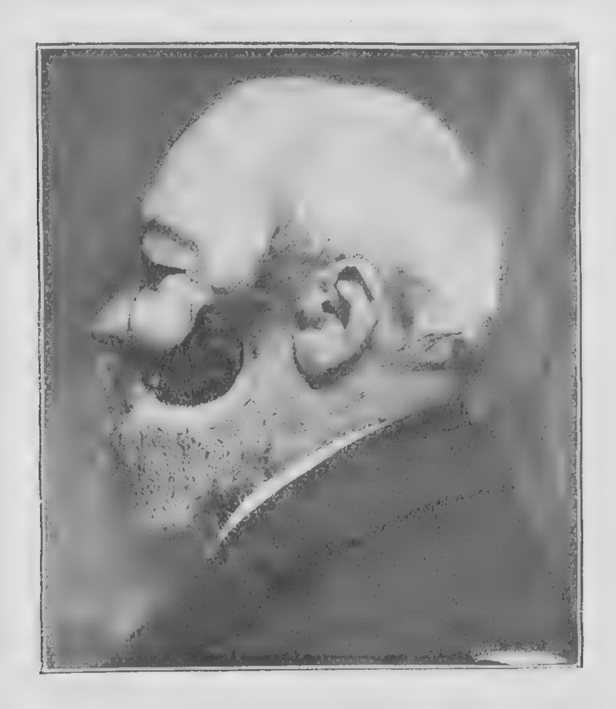
Il y a 3 ans, une néoplasie analogue se développa sur un point homologue du côté gauche. Opéré de la même façon, par le même opérateur, il y eut une récidive rapide. A Lyon, où il alla consulter, le patient fut soumis à la Röntgenthérapie et étincelé pendant 4 mois, mais cette médication n'arrêtant pas la marche du cancer, il revint à Marseille où il fut opéré et fulguré par M. Juge, d'après sa méthode personnelle, le 9 avril 1909.

Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue parfaite et on ne constate aucune tendance à la récidive.

C'est sept mois seulement après cette dernière opération que le malade vint nous demander de tenter la restauration faciale. L'opération, bien qu'ayant été systématiquement très économique, a cependant créé une brèche énorme et la contiguïté de la cavité buccale en fait une béance d'une impressionnante étendue.

La joue a été enlevée du tragus jusqu'à la commissure labiale gauche. Par une petite autoplastie on a pu, avec une petite bande de tissus cutanéo-muqueux, reconstituer l'orifice buccal. L'apophyse zygomatique et le malaire ont été enlevés avec la totalité du maxillaire supérieur du côté op-

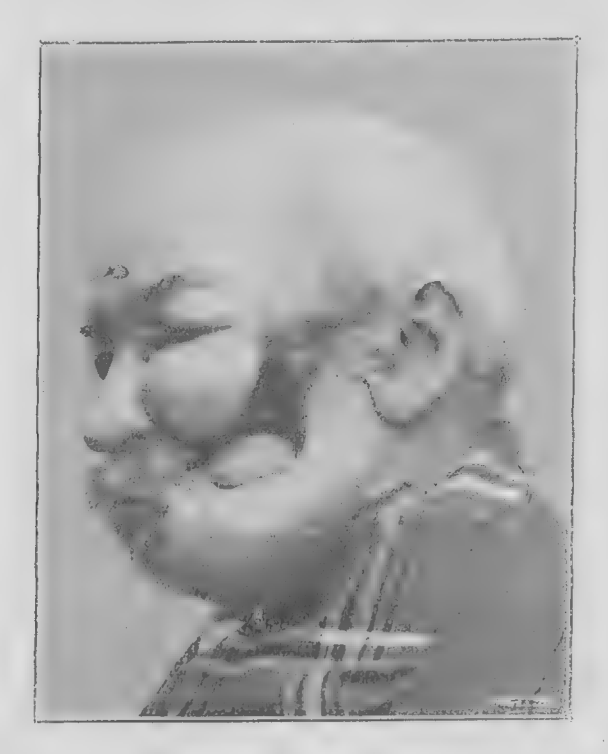
posé. Le bord alvéolaire du maxillaire inférieur du côté gauche a été également réséqué. Enfin dans la même opération on a procédé à l'enlèvement des ganglions sous et rétro-maxillaires qui étaient le siège d'un retentissement notable.



Au premier examen cette vaste perte de substance surprend d'abord par son étendue, mais on constate aussitôt que la cicatrisation est remarquablement effectuée et on croirait plutôt avoir affaire à une perte de substance traumatique qu'aux traces d'une opération de la nature de celle qui a été pratiquée.

Les troubles fonctionnels sont cependant nombreux et graves. En premier lieu, la phonation est extrêmement difficile et il faut une très grande attention pour suivre et comprendre le malade, malgré la mimique éloquente dont il accompagne sa pénible élocution. Les difficultés sont augmentées encore par la présence des travées de tissus cicatriciels consécutifs à ces opérations qui l'empêchent d'ouvrir la bouche. La dernière intervention notamment a enserré l'apophyse coronoïde du côté gauche, amenant ainsi une constriction des

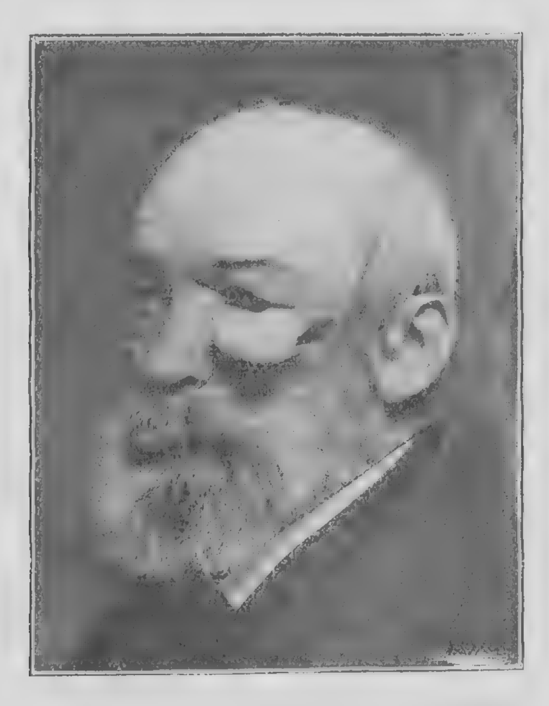
mâchoires à peu près absolue. Enfin la paupière supérieure ayant perdu le support qui lui était fourni par le rebord orbitaire inférieur est démesurément œdématiée et pend au-devant de la cavité bucco-nasale. Cette augmentation de volume a amené un léger degré d'ectropion. L'œil est cependant en bon état.



Il suit de cette situation qu'en outre des troubles fonctionnels le malade présente un facies repoussant. De plus, la mastication est des plus difficiles et les aliments liquides doivent constituer la majeure partie de son alimentation. Enfin, il est obligé de porter perpétuellement un pansement pour combler sa brèche et c'est la tête entièrement enveloppée de linges qu'il se présente à notre consultation.

Dès le premier jour nous appliquons au malade un pansement suspenseur et légèrement compressif de l'œdème palpébral. En même temps, nous faisons construire par un bandagiste une poche élastique, sorte de suspensoir qui,

porté jour et nuit, devait par la pression douce et constante qu'il exerçait favoriser la résorption des exsudats œdémateux. Notre attente fut en partie seulement couronnée de succès, car, après avoir diminué notablement le volume de la paupière, la peau restait plissée et reprenait rapidement son volume primitif.



La construction et l'application du système prothétique furent de beaucoup la partie la plus longue, la plus délicate et la plus difficile de cette restauration.

Le problème se ramenait à deux points principaux :

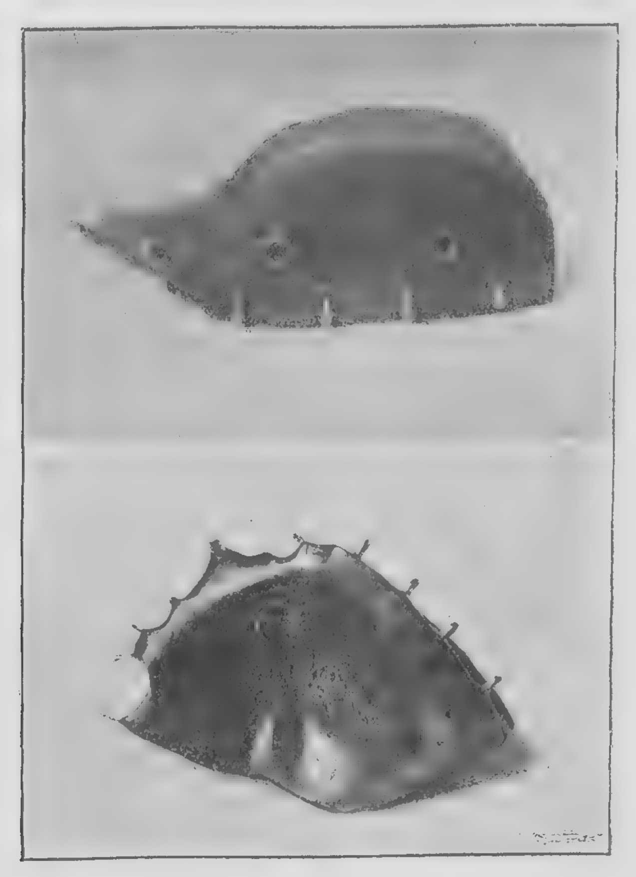
A. — Rétablir les fonctions.

B. — Rétablir l'esthétique.

A. 1° Un appareil fut appliqué sur le maxillaire inférieur en avant de la partie restée saine. Un volumineux rebord de caoutchouc remplace du côté gauche le bord alvéolaire enlevé. Quatre arceaux de fil d'or sont placés parallèlement et horizontalement sur le côté externe de ce bord.

La partie inférieure de cet appareil en contact avec les tissus de réparation est munie de caoutchouc souple.

2° A la mâchoire supérieure, une plaque s'applique sur le maxillaire droit resté sain et reconstitue la voûte palatine enlevée du côté gauche. Sur le rebord alvéolaire un mince rempart s'élève et vient s'appuyer par l'intermédiaire d'une partie de caoutchouc mou contre la partie supérieure de la brèche faciale. Deux poutres de résistance en caoutchouc



durci maintiennent ce rempart et forment une cavité placée de telle sorte que le sinus maxillaire est reconstitué. Sur le côté externe de cette pièce et au niveau du bord alvéolaire quatre arceaux sont disposés comme à la pièce inférieure.

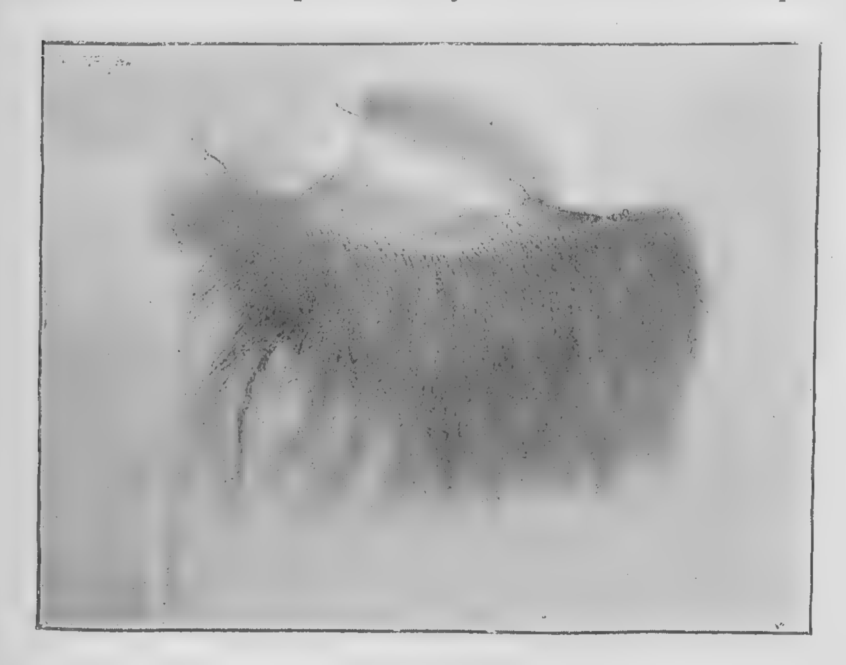
Au-dessus d'eux, deux tubes de métal sont noyés horizontalement dans les poutres de résistance perpendiculairement au bord alvéolaire. Dans ces tubes le malade peut introduire au moment de placer l'appareil une sorte de poignée

faite d'un fil d'acier qu'il retire une fois l'appareil en place. Cette poignée est rendue nécessaire par suite du peu d'amplitude des mouvements d'ouverture des mâchoires.

3° Une lame de feuille anglaise est percée de trous correspondant aux arceaux d'or. Une fois les pièces en place, cette lame de caoutchouc souple est posée contre les pièces.

4° Une lame de métal percée également de trous correspondant aux arceaux est appliquée ensuite et presse la feuille de caoutchouc contre l'appareil. Une lame semblable s'applique contre l'appareil inférieur.

5° Enfin une clavette de forme spéciale passant sous les arceaux augmente la compression de la lame de caoutchouc par la lame de métal et ferme inébranlablement le tout en maintenant hermétiquement la joue de caoutchouc en place.



Cette clavette sert en même temps de porte-ressort. Les deux extrémités d'un ressort spécial sont fixées à chaque clavette et ce ressort tend par son écartement constant à appuyer les pièces principales sur leurs points d'appui respectifs.

Ces pièces répondent à la première condition du problème posé : restaurer les fonctions. En effet, une fois en

place l'articulation des consonnes est rendue possible et, le courant d'air vocal ayant repris son chemin normal, la phonation est rendue aussi nette qu'avant l'opération, réserve faite de la constriction des mâchoires qui l'assourdit un peu. La salive ne s'écoule plus perpétuellement et la déglutition se fait normalement sans peine.

La restauration de l'esthétique faciale et la dissimulation de tout ce mécanisme étaient cependant indispensables pour rendre au malade une physionomie normale qui lui permette de passer inaperçu et par conséquent de reprendre sa place dans la vie sociale et familiale.

Nous avons obtenu ce résultat par la construction d'une joue faite d'une plaque de caoutchouc vulcanisé dont les bords amincis viennent s'appuyer sur le bord de la brèche opératoire.

De plus, un prolongement horizontal de la plaque de caoutchouc soutient la paupière œdémateuse et empêche par conséquent l'augmentation de volume qui ne manquerait pas de se produire si elle n'était pas soutenue et était pendante devant le visage.

Nous avons dit que deux tubes de métal noyés dans la pièce palatine aidaient par l'introduction d'une clé à la mise en place de la pièce. La joue externe porte pour tenir en place deux pièces élastiques qui s'enfoncent dans ces tubes. Ces pièces sont simplement constituées par un fil demi-jonc recourbé et dont les deux branches sont en contact du côté plan.

Cette joue a été peinte et supporte une barbe postiche de même teinte que la barbe restante du côté opposé.

Pour placer ses appareils, la malade met d'abord en place la pièce inférieure et la fixe au moyen d'une clé. Il applique ensuite la feuille de caoutchouc, place les deux plaquettes métalliques et, enfonçant les deux clavettes, réunit et fixe tout le système. Soulevant ensuite sa paupière il fait glisser la joue dans les tubes de la pièce supérieure et il abandonne la paupière qui vient se reposer sur le rebord *ad hoc*.

Le résultat est satisfaisant et le malade peut passer inaperçu, bien que la restauration soit visible.

LA COOPÉRATION DES MAITRES, DES MÉDECINS SCOLAIRES ET DES DENTISTES SCOLAIRES

Par ALBIN LENHARDTSON,
Dentiste scolaire, Stockholm.

(Communication au Congrès international d'hygiène scolaire, Paris 1910.)

L'hygiène publique de la bouche a, en ces derniers temps, pris une forme plus concrète. Le grand public commence à comprendre l'importance de l'hygiène buccale pour l'individu comme pour la société. On espère que des mesures sérieuses seront prises pour combattre cette maladie, la plus répandue de toutes dans le peuple, et cela se comprend naturellement, si l'on considère les inconvénients sociaux qu'une bouche malsaine peut causer.

Il me suffit de mentionner les affections qu'amène une hygiène négligée. Les spécialistes prétendent souvent que les maladies infectieuses, comme la tuberculose, les affections stomacales, l'anémie, la nervosité, les affections de l'oreille et du pharynx, etc. résultent de cette mauvaise hygiène.

Si l'on ne peut affirmer que celles-ci sont directement une indication de la dégénérescence du peuple, on peut les considérer cependant comme un des facteurs importants qui concourent à produire de sérieux ravages dans l'organisme humain, par les poisons que la carie occasionne et les dérangements gastriques qui en résultent.

Un pédagogue renommé, M. le Prof. Burgerstein, de Vienne, dit sur cette question : « Si l'on pouvait concentrer toutes les conséquences nuisibles qu'une mauvaise hygiène de la bouche cause chez l'individu dans une maladie aiguë, les parents et les maîtres les plus indolents, qui maintenant ont seulement un sourire d'indifférence à ce sujet, se réveilleraient ».

Cette question appartient absolument à la catégorie de celles qui peuvent être éclaircies le plus efficacement par une collaboration permanente fructueuse entre les nations. De telles Associations sont déjà constituées en Allemagne,

en Danemark, en Finlande, en Hollande et en Suède. Pour obtenir les résultats les plus efficaces, il est nécessaire de fonder ces Associations nationales dès le commencement sur des bases solides. Toutes les personnes qui s'intéressent à cette question doivent avoir à cœur de travailler à la solution rationnelle de celle-ci, par leur adhésion à l'Association de leurs pays respectifs.

Il est aussi d'une importance capitale qu'une collaboration sérieuse ait lieu entre les pouvoirs publics, les parents, les éducateurs, les médecins, les dentistes et tous ceux qui s'attachent à l'amélioration des conditions humanitaires et sociales.

Les deux routes principales que l'on peut suivre pour aboutir à de bons résultats sont l'éducation hygiénique de la bouche dans le peuple et l'établissement de cliniques scolaires. Pour le premier point, il y a peu à faire pour sauver les dents de la génération aînée ; mais il est de toute importance que les enfants reçoivent dans les écoles un enseignement sérieux sur cet objet. Il y a là une belle occasion pour les maîtres d'y contribuer vigoureusement en donnant aux élèves une instruction semestrielle sur l'hygiène de la bouche et des dents. Je pense, toutefois, que le maître lui-même n'étant généralement pas assez versé sur le sujet, il serait à recommander alors que les élèves-instituteurs suivissent un cours spécial fait par un dentiste. Entre parenthèses, je désire indiquer que le sujet doit être exposé dans ses grandes lignes, qu'il ne concerne pas seulement la structure des dents et les maladies, mais aussi l'importance de l'hygiène buccale, l'influence bienfaisante d'une mastication complète sur le développement des dents et des mâchoires, sur la digestion et le danger social des bouches malsaines.

Lorsque les enfants auront reçu une instruction suffisante sur cet objet, plusieurs des cas énumérés ci-dessus pourront être développés dans la langue maternelle, au moins dans les classes d'élèves adolescents. Pour l'instruction, une planche murale avec vignettes et notices explicatives, dont l'auteur est M. le Prof. Jessen, est éditée déjà en plusieurs langues et sanctionnée par la F. D. I. Ce tableau sera apposé dans

chaque classe de façon à familiariser l'enfant avec l'instruction dentaire.

Si le maître de temps en temps jette un regard dans la bouche de l'un ou l'autre de ses élèves, cela engagera et même incitera les enfants à prendre soin de leur bouche, à se nettoyer les dents, à se gargariser, comme les exemples des écoles allemandes et suédoises en témoignent déjà.

Un moyen très efficace aussi, ce sont les conférences d'hygiène buccale populaire. Les résultats acquis déjà en témoignent. En ma qualité de propagandiste de ce sujet à l'Association nationale suédoise pour l'éducation des masses, j'ai constaté que ces conférences constituent un puissant encouragement pour que les personnes compétentes s'intéressent à l'hygiène de la bouche et spécialement à la création de cliniques dentaires scolaires.

Nous sommes arrivé au deuxième point, c'est-à-dire à la clinique dentaire à l'école. Quel profit amène une telle clinique pour la société et quelle satisfaction de voir les sacrifices imposés couronnés de bienfaisants résultats ! Il serait difficile présentement de fournir des témoignages statistiques, je le confesse. Examinons donc pour un moment quelques-uns des points de vue les plus importants. Le point de départ principal réside dans cette circonstance que, conformément aux rapports de l'Angleterre et des Etats-Unis, les dents cariées sont la première cause de réforme des soldats et des marins ; la statistique porte que 20 0/0 des recrues sont congédiées pour dents cariées. L'homme d'études renommé qu'est M. le Dr Röse a affirmé que les recrues ayant de mauvaises dents, de même que pour la taille et pour la santé, sont toujours inférieures à celles possédant une bonne denture. Le service de santé de l'armée suédoise dit aussi : « Quant au besoin de l'institution de cliniques, il n'y a aujourd'hui aucune divergence d'opinions. Comme cette institution est très désirable à cause des dents des recrues, cela indique la nécessité d'une prophylaxie, c'est-à-dire que le traitement doit commencer pendant la période des études scolaires ». Du côté du personnel médical scolaire, on a fait ressortir que

l'inflammation très fréquente des gencives autour des molaires se répand facilement vers les amygdales. Cela est affirmé par les examens de Berthold qui a trouvé que, sur mille enfants, 500 avaient des dents mauvaises et 500 de bonnes dents, les premiers avec les amygdales hypertrophiées dans la proportion de quatre-vingt-dix-neuf pour cent et les derniers dans celle de quarante-neuf pour cent. Les études en Allemagne comme en Suède confirment que soixante-dix pour cent des enfants souffrent d'amygdalites. Dans la clinique dentaire scolaire nous avons les meilleurs moyens de combattre cette maladie si préjudiciable au développement des enfants.

Quand on parle des enfants « subnourris » d'une nation, je prétends que l'état de la denture joue un rôle jusqu'ici trop ignoré. Dans mes examens de 2.000 enfants à Stockholm j'ai constaté le fait très regrettable que les enfants de 6 à 13 ans avaient en moyenne six dents de la première dentition et quatre et demie de la deuxième dentition cariées. Dans la période de 5 à 10 ans le pouvoir de la mastication était en moyenne réduit de moitié par suite de la destruction des molaires.

L'expérience des écoles où ces cliniques sont déjà créées témoigne absolument de la nécessité de celles-ci. Il ne suffit pas que les bouches soient assainies, que l'inspection, après une année, montre un tout autre aspect, il faut que l'aspect extérieur des enfants présente une amélioration frappante à laquelle on peut, sans exagérer, ajouter la nutrition améliorée par suite de la restauration des molaires.

Que les expirations malsaines de toutes ces bouches négligées doivent avoir une influence préjudiciable sur l'atmosphère des salles scolaires, c'est très naturel.

La clinique dentaire apprend à l'enfant les habitudes hygiéniques : un exemple, que je me permets de relater, c'est que, au premier examen des enfants, seulement un demi à un o/o faisaient usage de la brosse à dents ; à l'inspection après une année, nous trouvions que 33 o/o de ces enfants nettoyaient leurs dents.

L'inspecteur scolaire de Strasbourg, M. Motz, après enquête auprès du personnel enseignant, assure que l'état général de la santé des enfants est soigneusement amélioré ; que l'absence de l'école par suite du mal de dents a aujourd'hui presque disparu ; que les enfants peuvent suivre les cours dans de meilleures conditions ; qu'après les maladies épidémiques, les mauvaises dents ont causé les plus nombreuses absences à l'école.

Je voudrais maintenant toucher brièvement la question économique. Une réponse définitive à ce sujet est naturellement difficile à faire en ce moment. Cependant, si le traitement à la clinique dentaire était organisé de façon à commencer par traiter les enfants des classes inférieures de l'école et si au début on s'en tenait seulement à ces classes, on pourrait par la suite, par une inspection annuelle, arriver finalement au traitement complet de tous les enfants de l'école sans être obligé de forcer le budget municipal à de trop grandes dépenses. L'économie pourrait se réaliser au début en accordant aux enfants pauvres la gratuité des soins dentaires ainsi que pour l'instruction ; *tout au moins en Suède, l'enfant jouit déjà de la gratuité du matériel scolaire et profite même d'un repas journalier.* Les autres élèves pourront être traités d'après un tarif réduit. Il faut considérer aussi qu'en établissant ces cliniques, la commune peut réduire ses dépenses pour le traitement d'autres maladies, qui sont prévenues par le traitement de la bouche. Ainsi, M. le professeur Moeller, bactériologiste et spécialiste des affections pulmonaires, affirme que l'institution des cliniques dentaires est un moyen efficace pour combattre la tuberculose d'autant que les dépenses pour celles-là sont moindres en comparaison avec les autres institutions destinées au traitement de cette grave maladie.

Une question importante aussi est celle de la centralisation et de la décentralisation des cliniques, c'est-à-dire de savoir si l'on doit établir dans les grandes villes une clinique centrale commune pour tous les élèves des écoles élémentaires ou si l'on doit créer une clinique dans chaque école. Mon

expérience est absolument en faveur de la dernière proposition, néanmoins les dépenses, cela est vrai, seront un peu plus élevées, mais premièrement la coopération entre le personnel enseignant et la clinique sera plus intime lorsque les maîtres de temps en temps pourront visiter la clinique pour consultations. Secondement — et cela est essentiel — le travail de l'école n'en souffrira pas du tout; il n'y aurait inconvénient que si les enfants se rendaient à une clinique centrale, parce que les distances peuvent être plus ou moins grandes de l'école à la clinique et les circonstances dans lesquelles les enfants peuvent perdre le temps en y allant sont nombreuses. Il est aussi très difficile d'organiser le traitement d'une clinique centrale de façon que les enfants des différents quartiers d'une grande ville ne soient pas obligés à une attente trop longue. Comme l'opinion de la plupart des dentistes est peut-être pour une centralisation, il est important d'écouter les avis des instituteurs dans les discussions qui s'ensuivront.

Quant à l'attribution des médecins scolaires à ces cliniques, il est proposé que ceux-ci inspectent les bouches des enfants en même temps qu'ils font les autres inspections. Les enfants qui se trouveraient avoir besoin d'un traitement seraient envoyés à la clinique par le médecin-inspecteur. Par l'influence des médecins scolaires sur les enfants et les parents, les premiers s'achemineront d'eux-mêmes vers la clinique, et les seconds comprendront tout le bien à retirer de *ces institutions aussi hygiéniques que profondément humanitaires.*

J'espère que les médecins scolaires et mes confrères voudront bien émettre leurs opinions sur ces questions, trop heureux d'avoir, pour ma part, collaboré à l'œuvre vers laquelle tendent tous les efforts de l'élite mondiale de notre profession.

Et pour terminer, je vous prierai de m'excuser si j'ai abusé de votre temps par la longueur de mon exposé. J'ai cru, en lui donnant cette ampleur, devoir développer quelques points que j'ai trouvés d'une importance spéciale pour cette question si essentielle pour nos descendants.

ABCÈS ALVÉOLAIRE AVEC VITALITÉ PULPAIRE PARTIELLE

Par Maurice Roy,

Dentiste des Hôpitaux,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 11 octobre 1910.)

Il y a quinze jours un malade se présentait à la clinique de l'Ecole dentaire. Il présentait à la joue au niveau de la première grosse molaire inférieure extérieurement, du côté de la peau, une petite tuméfaction de la grosseur d'une lentille où la peau était amincie, et pigmentée très légèrement.

Ce malade venait me consulter pour cette petite lésion qu'il avait des raisons de croire due à une dent étant donné que de l'autre côté il avait eu dix-sept ans auparavant une lésion semblable qui avait disparu à la suite de l'extraction d'une dent.

Cette petite lésion présentait bien le caractère d'un petit phlegmon cutané ; elle n'était pas ouverte ; il y avait de l'adhérence aux parties profondes et lorsqu'on pratiquait le double palper vestibulaire et cutané on sentait un petit cordon fibreux reliant cette tuméfaction au plan osseux sous-jacent.

On était donc en présence d'une petite collection purulente provenant d'un foyer de suppuration osseuse du maxillaire.

Du côté du maxillaire intéressé, la première grosse molaire manquait et la seule dent malade était la seconde grosse molaire qui présentait une petite carie de la face externe.

Il n'y avait aucune trace de racine de la première grosse molaire dont l'emplacement était en partie comblé et complètement cicatrisé. J'explorai donc la seule dent malade de ce côté et constatai alors avec une certaine surprise que cette dent présentait une pulpe vivante. Le malade réagit en effet d'une façon très nette au moment où j'introduisis la sonde dans sa dent et au bout de quelques instants il fut facile de voir un peu de pus, puis du sang s'écouler. Ce n'était pas un abcès alvéolaire s'ouvrant par la dent, car la sensibilité très nette de la pulpe à la palpation continuait à se manifester après l'hémorragie produite.

Il y avait donc là une question de diagnostic assez délicate à trancher, puisque nous nous trouvions en présence d'un abcès alvéolaire ayant évolué du côté de la peau et que, apparemment, nous n'avions aucune relation dentaire manifeste.

En effet, il n'est pas admissible — toutes les connaissances que nous avons sur le mécanisme de l'abcès alvéolaire le montrent bien —

qu'un abcès semblable évolue avec une carie du troisième degré, c'est-à-dire avec une pulpe vivante. D'autre part comme il ne paraissait pas y avoir d'autre altération dentaire dans la région, le diagnostic devenait un peu délicat.

C'est donc pourquoi je fis remarquer à mes élèves qu'il n'y avait qu'une seule hypothèse plausible si c'était bien cette dent qui était en cause ; c'est que, étant donné que cette dent était une dent multiradiculaire présentant trois canaux, il était possible qu'un seul de ces canaux sur les trois se trouvât avec une pulpe mortifiée, les autres ayant conservé une pulpe vivante. Si cette hypothèse ne se réalisait pas, il nous faudrait chercher autre part la source de cet abcès alvéolaire sous-cutané.

Avant donc de procéder à aucune autre intervention, j'ouvris largement la dent en cause et je constatai alors que la pulpe coronaire paraissait à peu près entière, cependant elle était d'une sensibilité un peu moindre que la normale, puisque sans aucune anesthésie, qui aurait été tout à fait contre-indiquée dans la circonstance, j'ai pu ouvrir la chambre pulpaire.

La chambre pulpaire complètement ouverte, j'eus alors la satisfaction de voir se confirmer le diagnostic préalable que j'avais formulé, car si la pulpe coronaire remplissait bien apparemment la chambre pulpaire avec son aspect macroscopique normal, il n'en était pas de même pour la pulpe radiculaire. En effet, alors que le canal distal et le canal antéro-interne renfermaient des filets pulpaires vivants, *le canal antéro-externe ne contenait plus que des débris sans sensibilité et en pleine putréfaction.*

La partie antéro-externe de la pulpe était justement la partie de cet organe qui avait été exposée à l'infection et le trajet de l'abcès conduisait au niveau de la racine mésiale de la dent.

Il n'y avait donc alors plus aucun doute : cette dent, bien qu'un troisième degré en apparence, était, par un de ses canaux, un quatrième degré et était ainsi la cause de l'abcès alvéolaire sous-cutané. Je procédai à l'extraction de cette molaire et le malade que j''ai revu lundi dernier est en bonne voie de guérison.

Cette observation est intéressante parce qu'il aurait pu arriver qu'en ne faisant qu'un examen un peu rapide on en arrive à conclure à cette chose anormale : la possibilité d'un abcès alvéolaire évoluant avec une pulpe vivante.

D'autre part il aurait pu arriver qu'il y ait lieu de rectifier un diagnostic : si j'avais trouvé la pulpe vivante dans les trois canaux, il m'aurait bien fallu chercher autre part la cause de cet abcès et voir si, du côté de la dent de six ans, il n'était pas resté une racine.

Je profite de l'observation de ce malade pour vous signaler un cas que je rappelais précisément à mes élèves.

Il m'est arrivé il y a quelques années de voir une malade se présenter dans des conditions un peu analogues. Il s'agissait d'une jeune fille qui vint chez moi avec un petit phlegmon de la joue et souffrant également des dents.

Un médecin qu'elle avait vu avait dit : Allez trouver un dentiste et faites-vous enlever votre dent, parce que ce que vous avez à la joue vient de votre dent.

Cela paraissait assez rationnel au premier abord. Cette jeune fille avait une collection purulente de la joue et elle portait au même niveau une grosse molaire avec une grosse carie.

J'examinai la patiente et déjà du côté de la peau je ne constatai pas les signes caractéristiques des collections purulentes d'origine osseuse, c'est-à-dire cette adhérence de la peau avec les parties profondes.

En examinant la dent qui paraissait être en cause, j'ai pu me rendre compte que la dent accusée par la malade était un troisième degré des plus francs et que cette malade avait tout simplement comme coïncidence un troisième degré d'une molaire inférieure et au même niveau, du côté de la peau, un petit furoncle. J'ai donc traité séparément la carie de la dent et le furoncle de la joue, qui n'avaient aucune espèce de relation de cause à effet.

On peut voir par ces deux observations la nécessité qu'il y a à toujours examiner minutieusement les cas qui pourraient paraître un peu anormaux au premier aspect, avant de les déclarer réellement anormaux.

REVUE DES REVUES

Lors de différents travaux pour la préparation de sa licence ès sciences, notre confrère M. Bennejeant, de Clermont-Ferrand, a eu l'occasion de traduire quelques passages peu connus de Tomes, qu'il a bien voulu nous communiquer et dont nous publions une partie.

SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LE REMPLACEMENT DES CROCHETS VENIMEUX DES SERPENTS

Par Charles Tomes M. A.

Communiqué par John Tomes F. D. S.

Traduction de M. Ch. Bennejeant, D. E. D. P.

Dans deux communications décrivant le développement des dents des Batraciens, des Sauriens et des Ophidiens, qui furent soumises à cette Société et parurent l'année dernière dans les Philosophical Transactions, je donnais un résumé bref de la littérature du sujet, autant que je pouvais le donner alors.

Entre les dates de lecture de ma communication et son apparition dans les Philosophical Transactions, le Dr Hertwig, d'Iéna, publia une note sur le développement des dents des Amphibies dans laquelle les figures et les descriptions sont en conformité dans plusieurs particularités essentielles avec celles accompagnant ma propre note. Bien que Hertwig ne fasse pas entrer dans ses remarques les groupes Sauriens et Ophidiens, je profite volontiers de l'occasion pour reconnaître que les résultats de sa publication sont à peu près identiques aux miens.

Comme j'ai résumé dernièrement aussi les opinions des autres observateurs sur le développement des dents des Reptiles (Philosoph. Trans. part. 1. 1875), il ne me sera pas nécessaire de les récapituler à nouveau dans cette communication et je peux me permettre de passer directement aux particularités qui caractérisent le développement des crochets venimeux.

Dans la conclusion de ma note sur le développement des dents des Ophidiens, je remarquais que dans la formation des crochets venimeux il y avait des particularités dignes de remarque, que par suite du manque de matériaux je n'étais pas capable de faire dans tous les détails. Depuis cette époque, grâce à la complaisance de mes amis, le prof. Garrod et M. Robertson, d'Oxford, j'ai pu démêler ce qui était obscur auparavant, et les particularités renfermées seront, je

l'espère, d'un intérêt suffisant pour justifier ma présence devant cette Société.

Le professeur Owen dit des crochets venimeux (Art. *Odontologie*, Encyclopédie britannique) : « A la partie postérieure de la large gaine muqueuse du crochet venimeux les dents de remplacement se trouvent toujours à des stades différents de développement ; la pulpe est primitivement une simple papille qui, lorsqu'elle s'est enfoncée dans la gencive, présente une dépression le long de sa surface inférieure ; comme elle s'étend horizontalement avec son apex dirigé en arrière, la capsule adhère à cette surface infléchie de la pulpe et l'introduction du conduit de la glande venimeuse est complétée par l'extension des bords de la pulpe infléchie autour de ce tube. »

Des exceptions peuvent être faites en plusieurs parties de sa description ; mais comme dans mes deux notes précédentes et dans une troisième publiée dans la première partie des Philosophical Transactions de cette année, j'ai discuté les restrictions qui devaient être déjà faites, nous pouvons accepter la description du prof. Owen sur le développement des dents de Reptiles, ayant simplement noté ses travaux ici comme synthétisant ce qui est ordinairement connu du développement des crochets venimeux.

Les serpents venimeux sont divisés en deux groupes : les serpents venimeux Colubrins-Protéroglyphes dans lesquels le crochet venimeux est attaché à un os maxillaire fixe de façon à être constamment en érection ; les serpents venimeux Vipérins-Solénoglyphes [1] dans lesquels l'os maxillaire ne porte aucune autre dent que le crochet venimeux et est capable de mouvement de rotation faisant saillir ou rentrer son crochet (Günther, Reptiles des Indes Anglaises. — Society Ray, p. 165).

J'ai eu de plus grandes facilités d'investigation des crochets venimeux chez les Solénoglyphes que chez les Protéroglyphes ; le cobra est le seul de ces derniers que j'aie été à même de me procurer dans une condition parfaitement fraîche ; mais, comme je le montrerai, il paraît y avoir dans le remplacement des différences bien marquées entre les deux groupes [2].

Les relations des crochets venimeux avec ceux de réserve peuvent être plus avantageusement étudiées par des sections transversales, les

---

1. Note du traducteur : La division en serpents venimeux colubrins et vipérins correspond à la classification généralement employée de protéroglyphes et de solénoglyphes. La traduction du docteur Cruet de l'*Anatomie dentaire de Tomes* (p. 225) présente à ce sujet une erreur : il emploie l'expression de serpents venimeux du genre Coluber, quoique le genre Coluber soit inoffensif.

2. J'ai examiné plusieurs spécimens d'Hydrophys qui étaient conservés dans l'alcool, et je crois que l'arrangement des crochets de réserve est similaire à celui observé chez le cobra; mais des spécimens gardés longtemps dans l'alcool dilué sont mauvais pour de telles investigations.

spécimens ayant été préventivement durcis et décalcifiés dans l'acide chromique.

L'apparence présentée sera variable, suivant que la section est près du sommet ou de la base du crochet. Je commencerai par la description d'une section prise au milieu de la longueur du crochet venimeux d'un serpent à sonnette (Pl. 37, fig. 2).

La figure embrasse ce qui apparaît à l'œil nu comme une élévation, quand on regarde dans la gueule du serpent, c'est-à-dire la dent couverte par son repli flottant de membrane muqueuse (c dans la fig.) et la région sous-jacente où s'étendent les crochets de réserve. On aperçoit, à la partie supérieure de la figure, le crochet venimeux en usage (l) s'étendant dans une chambre de la membrane muqueuse et, puisqu'il est étendu et parallèle à la mâchoire, nous avons là une section transversale. Au-dessous de lui (ou plutôt au-dessus, comme cela se trouve dans la bouche du serpent) est une série de huit dents d'âges variés, toutes vues en sections transversales, la plus âgée étant la plus rapprochée de la dent en usage.

Les crochets de réserve ne sont pas arrangés en série unique, comme c'est le cas dans les séries de dents ordinaires des mâchoires (V. ma note dans Philos. Trans. 1875), mais en un double étui où ils sont visiblement placés par paires.

Une inspection plus minutieuse d'une de ces paires montrera, quoiqu'il n'y ait pas une grande différence, une des dents déjà plus avancée que l'autre. Ainsi, dans la figure 2, le numéro 2 est un peu plus avancé à la fois en développement et en position que le numéro 3 et c'est elle qui le plus prochainement prendra la place et entrera en action. A la partie inférieure, dans la série, cette différence de développement est moins apparente. A vrai dire, les deux crochets constituant une paire sont généralement très près du même stade de leur constitution.

J'ai numéroté les germes dentaires de réserve montrés dans les figures 1 et 2 pour indiquer l'ordre dans lequel ils succèderont au crochet en usage. On verra qu'un nouveau crochet vient alternativement de chaque côté, le numéro 2 étant sur la gauche et le numéro 3 sur le côté droit dans la figure 2.

Il y a de visibles avantages à un tel arrangement, puisqu'il assure la moindre perte de temps possible entre la perte des crochets venimeux et leur remplacement par d'autres, car si le nouveau crochet passait exactement dans la même position que son prédécesseur, on y gagnerait bien peu. Tel n'est pas le cas, toutefois : il y a une chambre à la surface de l'os maxillaire qui donne attache à la dent venimeuse pour ce qui est des deux dents côte à côte (V. fig. 4). La dent actuellement en usage occupe un côté où elle est ankylosée à sa base, latéralement et en avant, pendant que la dent de remplacement est prête

à prendre possession de la place vacante à son côté. Ainsi, un crochet venimeux occupe d'abord la position la plus interne possible sur l'os maxillaire, puis le suivant la position la plus externe et ils se suivent en alternant. Il est clair qu'un tel arrangement de crochets venimeux de réserve est admirablement adapté pour assurer le rapide remplacement du crochet perdu ; et les sections prises près de la base de l'insertion presque invariablement (à moins qu'il n'arrive que la dent attache soit en train de se fixer et qu'en même temps la précédente soit tombée) montrent une seconde dent (2 dans fig. 4) qui est en voie d'attachement par le rapide développement d'un os grossier (b dans la figure) autour de sa base.

Dans la figure 2 (l), la dent en place seule occupe la chambre dans la poche de membrane muqueuse qui recouvre les crochets venimeux étendus, sous les crochets de réserve restant encore, couchés parallèlement dans la masse du tissu connectif lâche au milieu duquel ils se sont développés.

Dans la figure 1, cependant, un stade différent du développement est représenté ; il est pris sur une coupe de la tête d'une vipère anglaise, dans laquelle je fus assez heureux pour saisir sur le fait le remplacement d'une dent usagée par une nouvelle.

La chambre de la muqueuse montre les deux sections des dents contenues, séparées l'une de l'autre par un pan de tissu connectif (b). Ce pan de tissu connectif, visible aussi dans la figure 2, est continu avec le tissu connectif légèrement spécialisé qui s'étend entre et sépare les deux séries de dents de remplacement et son usage apparent est très visible, quoiqu'une seule observation ne puisse déterminer les autres.

Il est probable qu'il sert à retenir la dent avançant à son côté ; il sert aussi à limiter l'espace dans lequel la dent s'étend, à la maintenir droite, c'est-à-dire à prévenir des divergences de côté ou d'autre dans sa propre longueur.

Dans la figure 1, la dent déjà usée (1) est près d'être rejetée et la suivante (2) est déjà sortie de la région où les dents se développent et sont en voie d'attachement.

En réalité, la figure 4 est une section du même spécimen, quoique, malheureusement pour la comparaison, la section soit sens dessus dessous, de sorte que deux, sur la gauche de la figure 4, est la même dent que deux sur la droite de la figure 1 : la première section étant prise fidèlement à la base par laquelle elle sera ankylosée à l'os maxillaire, ce processus étant, en réalité, déjà commencé [1].

---

1. Le Dr N. Mitchell (sur le venin du serpent à sonnettes, Smithson. Contributions 1861) a observé que la succession était régulière et que la nouvelle dent faisait irruption à côté de la dent usagée ; il n'arrivait pas, toutefois, à une interprétation correcte des positions et mouvements des dents de réserve grâce auxquelles elles se développent et parviennent en place.

Le développement des crochets venimeux en deux séries parallèles, les dents étant rangées par paires d'âge presque égal, suggère que la succession est très rapide et tout à fait régulière ; s'il n'en était pas ainsi, on pourrait s'attendre à trouver que les dents d'une série soient remarquablement en avance sur leurs compagnes dans les séries parallèles, ce qui n'est pas le cas. D'ailleurs, le grand nombre de dents successionnelles dix est rare. Je ne connais qu'une autre place seulement ou plus de trois dents peuvent être trouvées en formation pour succéder à une dent unique et cette place est dans la mâchoire des ophidiens, où six à sept des dents sériées ordinaires peuvent être vues, à divers stades.

Je crois que le développement des crochets venimeux en deux séries parallèles serait la règle, s'il n'était en réalité universel chez les Solénoglyphes. Je ne puis répondre affirmativement que pour la vipère anglaise, la couleuvre et le serpent à sonnettes, ceux-ci étant les seuls serpents venimeux de ce groupe que j'aie obtenus à l'état frais. Mais, jugeant par les espaces vacants sur le côté des crochets venimeux insérés dans des crânes macérés, l'arrangement subsiste chez tous les Solénoglyphes que j'ai vus.

La région où les dents sont développées chez un Protéroglyphe, le cobra indien, est remarquablement différente. Il n'y a aucune double série, en même temps que les dents de remplacement sont disposées en une série unique, exactement comme les dents d'un serpent inoffensif, ou les dents mandibulaires et ptérygoïdes d'un serpent venimeux. En réalité, la description que je donnais dans une note précédente du mode de développement des dents des Ophidiens s'applique strictement aux crochets venimeux d'un cobra, sauf seulement que les germes dentaires individuels sont modifiés de façon à former des dents canaliculées.

Dans la figure 5 on voit une ligne d'épithélium infléchi (g) couvrant l'épithélium oral (a), qui va former les organes de l'émail des germes successifs et se perdre de vue derrière le premier germe dentaire successionnel (2), et son extrémité libre, déjà légèrement dilatée au niveau du futur organe de l'émail en f. La section ayant été prise un peu en arrière du crochet venimeux dressé déjà en usage ne montre aucune trace de ceci ; mais des sections concernant la dent en usage ne montrent pas beaucoup de ses remplaçantes qui s'étendent en arrière d'elle et sont rétractées pendant qu'elle est dressée. La nouvelle dent occupe la même place que ses prédécesseurs plus exactement que dans le cas des vipères.

Une conclusion naturelle, je crois, sera que le cobra, ayant perdu un crochet venimeux, restera désarmé pour une plus longue période qu'un solénoglyphe, chez lequel la nouvelle dent est susceptible de se mettre en place et d'être prête à se fixer avant la perte de la précé-

dente. Ceci n'explique-t-il pas la préférence montrée par les jongleurs indiens pour le cobra comme serpent à charmer ? Un cobra dépourvu de ses crochets venimeux restera inoffensif pendant quelque temps, tandis qu'un serpent à sonnette désarmé similairement remplacerait aussitôt son arme perdue.

Les Protéroglyphes sont moins spécialisés que ceux du type solénoglyphe ; les os maxillaires sont immobiles et ne sont pas très courts ; ils portent aussi souvent de nombreuses autres dents derrière le crochet venimeux. Il est intéressant de voir que ce moindre degré de spécialisation se rencontre aussi dans les modes de développement et de remplacement, de sorte que la région dans laquelle sont formés les crochets venimeux de remplacement est absolument identique à celle dans laquelle les dents ordinaires des Ophidiens sont developpées, alors que, chez les Solénoglyphes, cela est différent et plus hautement spécialisé.

Revenons à l'examen de la zone de formation dentaire chez les vipères. J'ai montré que les dents sont développées en deux séries parallèles, séparées par une cloison de tissu connectif qui se prolonge de façon à former un repli libre (*b* dans fig. 1 et 2) dans la poche occupée par la dent en usage, et que la nouvelle dent vient alternativement d'une ou de l'autre série. Les dents de remplacement sont arrangées en deux lignes droites chez le serpent à sonnettes (fig. 2) et en deux lignes courbes chez la vipère (fig. 1); d'autre part, dans la tête du serpent à sonnettes, les dents de remplacement les plus inférieures sont disposées suivant une légère courbe, mais cette différence n'est d'aucune importance.

L'aspect présenté par la zone de formation dentaire diffère suivant que la section est prise près de la base ou du sommet de la dent en usage. Nous voyons, soit comme dans la fig. 4 chacune des bases des deux dents incluses dans l'os maxillaire, soit, comme dans une section prise à la base des dents représentées fig. 2, la base d'une dent et l'espace vacant justement laissé par l'autre. Un peu plus loin, nous avons l'état de choses représenté fig. 3 (appartenant à la même vipère que les fig. 1 et 4) dans lequel les bases des quatre dents sont vues et peuvent être identifiées et comparées à celle des autres figures par les chiffres en regard, et ainsi au fur et à mesure que nous approchons du sommet de la dent en usage apparaissent une dizaine de dents.

Vers le sommet de la dent en usage, nous arrivons à la région où le développement des dents est le plus actif, les fig. 1 et 2 pouvant donner une excellente idée de ces parties. Afin de rendre claires les relations des nombreuses dents les unes avec les autres, j'ai construit le diagramme de la fig. 12 (p. 382) qui a pour but de montrer les positions respectives des sections transverses qui ont été figurées,

planche 37 ; un dessin de la section longitudinale étant indispensable, car les nombreuses dents contenues paraissaient confuses.

Il reste maintenant à donner un court résumé de la structure et du développement des dents individuelles et de leur mode d'insertion. Le germe dentaire le plus ancien n'est pas différent de celui des autres dents. Une bande d'épithélium, qui peut être vue en f dans les fig. 1 et 10, croît dans le tissu connectif au delà du plus jeune germe ; son extrémité se convertit en un organe de l'émail en forme d'éteignoir couvrant une pulpe formatrice de dentine. Une section transverse d'un tel germe est figurée dans la fig. 6 et en 8 et 9 dans la fig. 2. La pulpo-dentine est surmontée d'une mince couche de dentine formée; et, extérieurement à celle-ci, est une couche continue de cellules de l'émail (épithélium interne de l'organe de l'émail). Un peu plus tard, le germe dentaire s'allonge, une dépression superficielle paraît sur un côté (fig. 8) dans laquelle la couche des cellules de l'émail est ininterrompue ; le sillon s'approfondit, mais les cellules de l'émail ne subissent primitivement aucune modification (V. fig. 7) dans ce sillon, qui devient le canal venimeux excréteur.

A un stade plus avancé, lorsque la pulpe en forme de croissant avec sa couche de dentine formée autour d'elle s'est arquée de façon à ce que ses extrémités se touchent, un changement remarquable se produit dans cette partie de l'organe de l'émail qui tapisse le sillon. Aucune couche distincte de cellules de l'émail ne peut être tracée sur quelques longueurs, mais l'espace entier inclus dans la concavité du croissant est occupé par une masse de cellules ramifiées qui, dans leur aspect général, rappellent fortement le tissu étoilé ou réticulum qui forme une si large part dans les organes de l'émail des mammifères. Et comme il est hors de doute que l'organe de l'émail destiné à prendre une part active dans cette concavité ou canal se transforme en une sorte de tissu étoilé, pouvons-nous considérer le tissu étoilé d'un organe de l'émail chez un mammifère comme une métamorphose régressive d'un tissu superflu ? Avant de connaître l'organe de l'émail d'un crochet venimeux, j'étais prévenu et j'avais exprimé l'opinion que le tissu étoilé était tout à fait inutile, car il existe de nombreux organes de l'émail qui forment un émail de structure parfaite et d'épaisseur appréciable sans jamais avoir eu d'autres parties que l'épithélium interne et externe.

Plus tard, ce tissu semble se flétrir et abandonner le canal vide, ainsi que nous pouvons le voir, c'est une étape vers la disparition des cellules de l'émail ; et, comme il se trouve en avance de la mince crête de dentine calcifiée, il fait un peu plus que remplir le vide. Une mince couche d'émail est formée autour de l'extérieur du crochet venimeux, mais, après ce que nous venons de dire, il est nécessaire de dire qu'aucun émail ne tapisse l'intérieur du canal venimeux.

Les pulpo-dentines des crochets venimeux n'ont rien de remarquable, mais le mode d'insertion à l'os nécessite un mot ou deux d'explications.

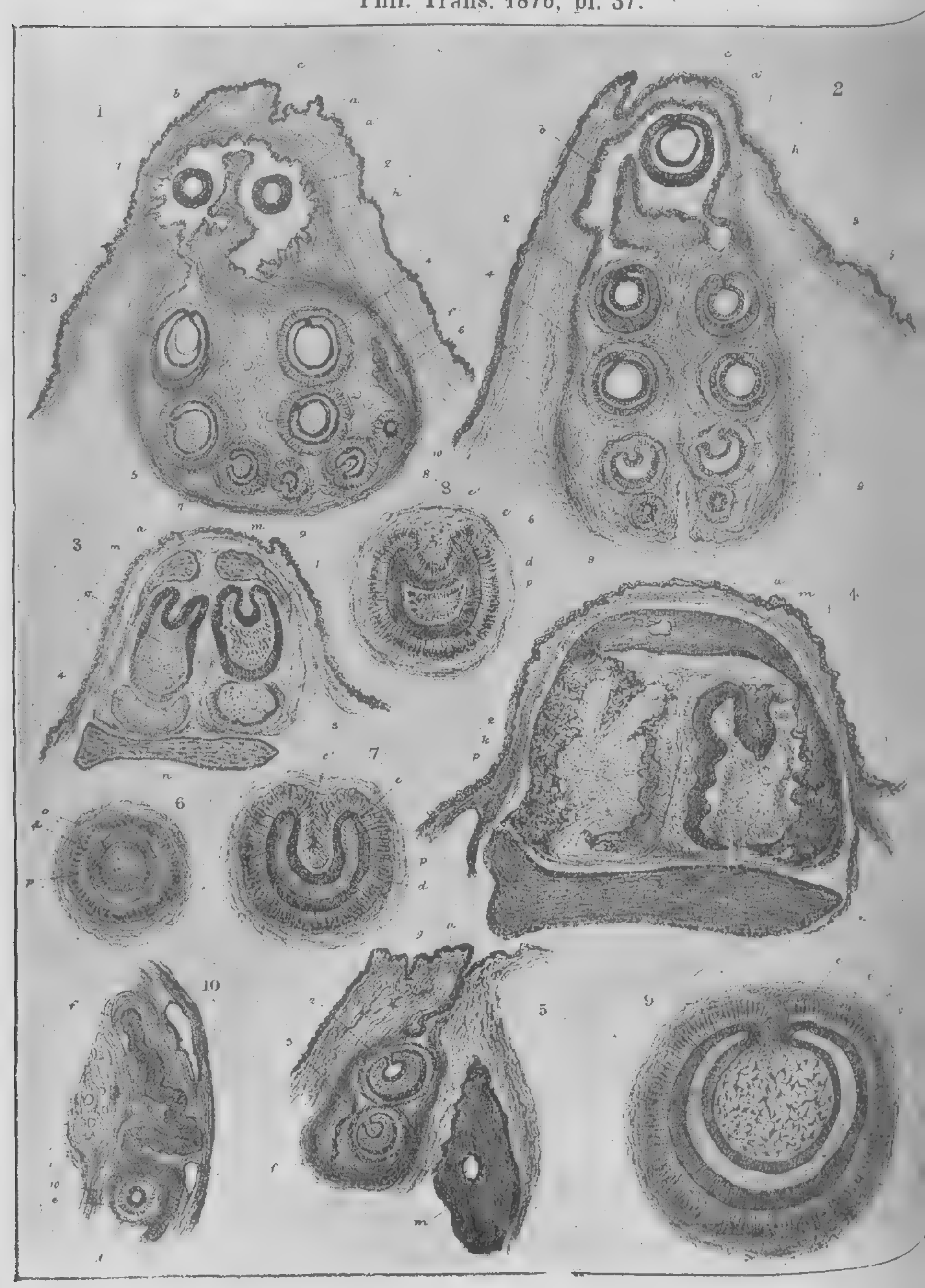
Vu à l'œil nu, l'os qui porte les crochets venimeux auxquels ils sont ankylosés par leurs bases présente une sorte de capuchon ou parapet osseux s'élevant au-devant des crochets. Celui-ci paraît assurer la rigidité par suite de la tendance de la morsure faite par le serpent à déplacer la dent en arrière. Ce parapet osseux est vu en section dans les fig. 1, 3 m et 4. La solidité de l'insertion de la dent est de même assurée par la forme de sa propre base qui est convolutée (V. fig. 4 et 5) et rappelle la structure des dents du Labyrinthodonte dans quelques parties de la couronne, cet enroulement de dentine à la base d'une dent qui est attachée par ankylose étant tout à fait commun chez les poissons et les reptiles. La dentine s'entremêle avec l'os supportant, la ligne de jonction consistant en un sombre tissu calcifié opaque dans lequel, sans l'usage des acides, aucune structure définie ne peut être vue. Immédiatement à l'extérieur de celle-ci, un os très grossier, avec de très larges lacunes irrégulières, plonge graduellement dans l'os régulier à fine texture du maxillaire du serpent.

Quand la nouvelle dent est sur le point de se fixer, une sorte de réseau ou d'échafaudage d'os nouveau se forme, s'anastomosant et s'irradiant dans la dentine enroulée, qui se calcifie simultanément. Ce nouvel os, de texture grossière et de développement rapide, s'élève en dehors du sac dentaire et prend son origine à la surface du vieil os ; il constitue cet « os d'attachement » sur lequel j'ai d'ailleurs attiré l'attention, par sa constance lorsqu'une dent se fixe en place par un processus d'ankylose. Cet os d'attachement existant en grande partie, à la fois chez le cobra et les Solénoglyphes, est spécialement développé au niveau de chaque dent, il disparaît dès que la dent tombe, par suite de nouvelles formations produites par la dent remplaçante. On supposait primitivement que le conduit de la glande venimeuse était enfermé dans le tube d'un crochet venimeux par la formation d'un croissant autour de lui. Ceci n'arrive pas, car cette partie de la dent dans laquelle se trouve le sillon a ses lèvres fermées, de façon à former un tube, et est complétée avant que la dent soit en place sur l'os maxillaire. La portion qui n'est pas ainsi complétée est très courte et n'est marquée que par un sillon ouvert. D'ailleurs, la nouvelle dent vient sur le côté de l'ancienne et occupe la même place, de sorte qu'un tel arrangement serait impossible.

Le canal venimeux s'ouvre exactement à la base de la dent vers le sillon situé à la partie supérieure de la terminaison du tube. La fidèle juxtaposition du capuchon de membrane muqueuse qui couvre les crochets venimeux assure le déversement d'une grande quantité de venin, aucune autre communication n'ayant lieu. En sec-

tion longitudinale, le reste de l'organe de l'émail du tube dans la dent a une ressemblance superficielle avec un conduit, si bien que primitivement je m'y trompais. Des examens de spécimens en un meilleur état de conservation m'ont rendu en quelque sorte certain qu'aucun genre de conduit à parois molles n'existe dans une partie quelconque du tube du crochet venimeux.

Phil. Trans. 1876, pl. 37.



Description de la planche 37.

Les mêmes lettres s'appliquent à toutes les figures :

1° Crochet venimeux en usage ;

2° Dent qui remplacera ce crochet en usage ;

3° Troisième dent dans l'ordre de succession, etc...

a) Epithélium de la bouche.

a) Epithélium de la chambre muqueuse.

b) Septum tissu connectif, qui sert à retenir de leurs côtés respectifs les dents des deux séries parallèles quand elles prennent position.

c) Section de la chambre de membrane muqueuse qui couvre les crochets venimeux à l'état de rétraction.

d) Dentine formée.

e) Cellules de l'émail de l'organe de l'émail.

e) Cellules de l'émail de l'intérieur du sillon qui donnera le canal excréteur du venin.

f) Invagination de l'épithélium passant au delà des plus jeunes germes dentaires et aux dépens duquel les futurs organes de l'émail seront formés.

g) Bande d'épithélium reliant les germes dentaires à l'épithélium superficiel.

h) Espace dans lequel le crochet venimeux s'étend au repos.

k) « Os d'attachement » grossier.

m) Os maxillaire.

n) Os transverse.

p) Pulpe dentinaire.

Fig. 1. — Vipère anglaise : section transverse d'un crochet venimeux et de ses neuf successeurs. La dent en usage (1) est sur le point d'être remplacée par une autre (2) qui a déjà passé de la région dans laquelle elle s'était développée à la cavité de la membrane muqueuse. Entre les deux s'étend un clapet de tissu connectif qui la guide à la place qu'elle doit occuper et la maintient de son côté respectif et droite. Sous ces deux sont huit remplaçantes disposées par paires en deux séries parallèles, la nouvelle dent étant prise alternativement de part et d'autre. Sur la droite (*f*) est une prolifération de l'épithélium aux dépens duquel un nouveau germe de l'émail sera formé ; la prolifération épithéliale correspondante des dents du côté gauche n'est pas clairement visible.

La position des autres sections et de celle-ci serait mieux comprise par le report à la gravure fig. 12 (p. 382).

Fig. 2. — Serpent à sonnettes adulte : section à plusieurs égards identique à la fig. 1, avec cette différence que la dent en usage n'est pas remplacée aussi rapidement que la dent correspondante dans la fig. 1. La séparation (*b*) est déviée d'un côté, comme il n'y a qu'une seule dent libre dans la chambre.

Fig. 3. — Vipère anglaise : cette section est prise dans le même spécimen que la fig. 1, mais en un endroit plus rapproché de la base fixée de la dent (V. Diagramme, fig. 12, p. 382). Au sommet de la figure est vu en section le parapet osseux qui s'étend du corps de l'os maxil-

laire à l'avant de la dent. 2, 3, 4 : Portions des trois germes dentaires de remplacement occupant l'espace restant entre le parapet du maxillaire et l'os transverse.

Fig. 4. — Vipère anglaise : même spécimen que les fig. 1 et 3, pris dans la base fixée du crochet venimeux. Il est à noter que ceci a lieu pour deux crochets venimeux côte à côte et que ces deux positions sont alternativement occupées par la dent en usage. La dent 2 devenant rapidement attachée sera fixée en place par une charpente d'os grossier (*k*) qui pousse de l'os maxillaire et devient uni avec la dentine.

Fig. 5. — Cobra Indien : section transverse, immédiatement derrière le crochet venimeux. Les dents de remplacement viennent à occuper la même place que leurs prédécesseurs et sont développées différemment de celles des Solénoglyphes, dans une série unique. Comparer cette figure avec celle des dents successionnelles d'un serpent inoffensif (*Philos. Transact.*, part. 1, 1875).

Fig. 6. — Section transverse d'un germe dentaire très jeune d'une vipère anglaise. Il diffère cependant par quelques particularités du germe dentaire des autres dents d'Ophidiens.

Fig. 7. — Vipère : germe dentaire un peu plus âgé. Le sillon a commencé sa transformation en canal, quoique l'organe de l'émail l'occupant ne soit plus altéré par ce qui entoure le reste de la dent.

Fig. 8. — Vipère anglaise à un stade quelque peu plus avancé.

Fig. 9.— Vipère anglaise à un stade plus avancé. L'organe de l'émail occupant le canal intérieur s'est transformé en un tissu de cellules étoilées (e').

Fig. 10. — Invagination de l'épithélium f (germe de l'émail de Kölliker) duquel un plus jeune organe de l'émail sortira ; en e, d est où le plus jeune germe dentaire qui soit actuellement formé.

(*Philosophical Transactions of the royal society of London, 1876, 2me partie, page 377, Chap. XIV*).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 11 octobre 1910.

La Société d'Odontologie s'est réunie en assemblée générale le mardi soir 11 octobre, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Mendel-Joseph, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

M. le président. — Avant de donner la parole au secrétaire général pour qu'il nous donne lecture de la correspondance, permettez-moi d'adresser un souvenir ému à la mémoire d'un de nos confrères des plus distingués, le Dr Pinet qui vient de mourir d'une façon si prématurée, si cruelle, enlevé trop tôt à l'affection des siens et de ses amis.

La direction de nos Groupements a eu la délicate pensée de prendre une part très personnelle et très active à l'organisation des obsèques. Elle a adressé aux membres du Groupement des lettres de faire-part, de sorte qu'un grand nombre d'entre nous ont pu assister aux obsèques de M. Pinet.

Je regrette personnellement de n'avoir pu le faire, la lettre de faire-part m'étant parvenue trop tard.

En tout cas, beaucoup d'entre nous ont pu assister aux obsèques et les différentes Sociétés ont été représentées dignement par MM. Godon, Lemerle, Jeay.

Je n'ai pas besoin de vous présenter la sympathique figure de M. Pinet. Nous étions presque tous ses élèves. Vous le connaissiez aussi bien comme professeur que comme membre de notre Société, car il est venu ici à diverses reprises nous faire des communications extrêmement intéressantes et prendre part à nos discussions.

Je crois donc être l'interprète de tous en adressant à la famille de M. Pinet l'expression de toute notre sympathie.

Je donne maintenant la parole à M. le secrétaire général pour la lecture de la correspondance.

Le secrétaire général donne lecture des lettres de remerciements de M. Guérini (de Naples) et de M. Cunningham (de Cambridge), qui adressent à la Société leurs remerciements pour la médaille d'or qui leur a été décernée.

I. — Prothèse restauratrice de la lèvre supérieure. Présentation de la malade, par M. André.

M. André présente une malade qui a été opérée d'un bec-de-lièvre double, sans que l'opération ait produit le résultat espéré. Il lui a donc confectionné un appareil prothétique destiné à restaurer la lèvre supérieure.

Cette communication sera publiée prochainement.

Discussion.

M. Blatter. — M. André ne vous a pas dit que la malade qu'il vous présentait est une malade de la clinique de l'Ecole. Vous pouvez juger, par ce travail, que cette clinique donne les résultats les plus satisfaisants grâce à des collaborateurs tels que MM. André, Geoffroy et Delair.

Comme représentant de l'Administration de l'Ecole, il est de mon devoir de remercier chaleureusement M. André, tout en le félicitant des résultats qu'il a obtenus.

M. Roy. — M. André nous a présenté ce soir une chose très intéressante, puisqu'il s'agit d'un bec-de-lièvre double, et d'une division palatine, ce qui est assez rare.

Il y avait une très grosse brèche à oblitérer et la chirurgie s'est montrée impuissante à la combler complètement. Heureusement pour la malade, il y a des dentistes et ceux-ci ont pu parachever l'œuvre accomplie en partie par les chirurgiens.

Sans cette collaboration du dentiste, l'opération subie par cette malade serait demeurée tout à fait imparfaite. Ce n'est donc que grâce au dentiste qu'elle a pu devenir une opération réellement efficace, et il faut bien constater que l'esthétique, le fonctionnement physiologique de la bouche et du nez de cette malade ne sont rétablis que grâce à l'appareil pratique construit par M. André.

Je le félicite de la prudence avec laquelle il a procédé et qui lui a permis non seulement de ne pas endommager la cicatrice, mais au contraire de fortifier celle-ci et de permettre le développement de la lèvre tout en la restaurant.

J'ajoute qu'avec ce bec-de-lièvre double cette malade n'a pas de perforation palatine. C'est là une chose tout à fait exceptionnelle.

Cela nous montre encore une fois de plus les bizarreries de développement de cette anomalie qui fait que dans certains cas on peut avoir une division vélo-palatine sans division de la lèvre et dans d'autres cas on peut avoir une division de la lèvre sans division du palais. Mais ce qu'on voit plus rarement, c'est ce qui se passe ici : c'est un bec-de-lièvre double sans division palatine. C'est une chose assez intéressante pour qu'on puisse la signaler spécialement ici.

M. le président. — Je ne puis que m'associer aux félicitations qu'on

a déjà adressées à M. André, car le résultat qu'il a obtenu est réellement remarquable.

J'insiste tout particulièrement sur la simplicité de l'appareil et sur son ingéniosité. Le petit dispositif qui permet d'adapter la partie nasale supérieure et celui de la partie buccale sont très simples. J'insisterai aussi sur le fait que les fonctions nasales et les fonctions respiratoires doivent être notablement améliorées par cet appareil qui est très utile pour la santé de cette malade.

II. — Présentation d'un nouveau bruleur a gaz et a alcool pour tablette de fauteuil, par M. Walter.

M. Walter donne lecture d'une note descriptive des objets qu'il présente et dont il explique le fonctionnement (Voir *Odontologie*, 28 février, p. 169).

M. le président félicite M. Walter de son ingéniosité.

III. — Rapport du secrétaire général.

Le secrétaire général présente le rapport annuel sur le fonctionnement de la Société pendant l'année 1909-1910. Ce rapport a été publié dans le n° du 15 février, p. 127.

IV. — Election du bureau.

M. Georges Villain. — Avant que nous procédions à l'élection d'un nouveau président, je ne voudrais pas laisser passer ce moment sans vous signaler un incident qui s'est produit au Congrès d'hygiène dentaire scolaire.

A ce Congrès M. Mendel-Joseph était délégué de la Société d'Odontologie. Or à la suite d'un rapport, un des plus notables stomatologistes a mené une attaque à fond contre les odontologistes.

Vous aurez tous la joie de lire dans le compte rendu présenté par M. Dreyfus l'extrait de la discussion qui a suivi et notamment les paroles de M. Mendel-Joseph.

L'attitude de notre président et délégué a été extrêmement courageuse. Comme le stomatologiste en question n'a pas ménagé ses acerbes critiques à M. Mendel-Joseph, je crois que nous ne devons pas ménager à celui-ci nos remerciements pour la bonne part qu'il a prise à ce débat.

L'assemblée s'associe par d'unanimes applaudissements aux sentiments exprimés par M. Villain.

M. le président. — Je suis vivement touché de la manifestation amicale dont vous venez de m'honorer, mais je dois vous dire sincèrement que j'en suis quelque peu étonné.

Mon attitude a été dictée par des idées longuement mûries, et j'aurai certainement manqué de franchise et de droiture si je m'étais exprimé autrement que je ne l'avais fait.

Je suis, en tous cas, touché de la sympathie que vous me témoignez et qui est un encouragement à ceux qui prétendent dire franchement et nettement leur pensée.

Il est procédé à l'élection du bureau. Le dépouillement des bulletins donne le résultat suivant :

Président : M. Godon	40	voix
Vice-présidents M. G. Robin	42	»
— M. Heïdé	40	»
Secrétaire général : M. H. Dreyfus	40	»
Secrétaire adjoint : M. Pailliottin	40	»

V. — Une lancette a lames changeables pour petite chirurgie et art dentaire, par M. Joly.

M. Hugot présente au nom de *M. L. Joly* une lancette dont il démontre le maniement.

M. le président. — Je me ferai l'interprète de la Société en remerciant MM. Joly et Hugot de leur présentation d'aujourd'hui, et particulièrement M. Joly, pour cette idée très simple qu'il a eue de nous doter d'un instrument véritablement pratique. J'ai eu personnellement l'occasion de m'en servir et j'ai trouvé que rien n'est plus simple que d'adapter les lames de rechange, étant donné surtout qu'il suffit d'un petit mouvement de charnière pour qu'immédiatement on puisse placer la lame nouvelle. L'intérêt de cet instrument réside dans la facilité avec laquelle on peut réaliser l'asepsie et aussi dans le prix modique auquel il peut être vendu.

VI. — Abcès alvéolaire avec vitalité partielle, par M. Roy.

M. Roy fait sur ce sujet une communication publiée dans le présent numéro, p. 213.

Discussion.

M. Georges Robin. — Nous n'avons que trop rarement la bonne fortune d'entendre parler ici de dentisterie opératoire. Aussi, je félicite vivement mon ami Roy de nous en donner l'occasion par l'intéressante observation qu'il nous rapporte. Et je vous demande la permission d'ajouter quelques mots à ce sujet.

Le cas qu'il nous signale n'est pas absolument fréquent, à savoir qu'un seul filet radiculaire dans une dent multiradiculée, soit en pleine décomposition, en pleine putréfaction, et devienne ainsi la cause d'un abcès alvéolaire, alors que les autres portions de la pulpe sont parfaitement vivantes. J'en ai rencontré quelques cas dont je me propose de vous parler un jour.

Mais je veux profiter de la circonstance présente pour attirer l'at-

tention sur les exemples, déjà signalés d'ailleurs, d'abcès alvéolaires sur dents vivantes et dont la pulpe est saine dans son intégralité. Ces exemples, bien que rares, le sont peut-être moins qu'on le croit généralement. Ils apparaissent comme une complication d'une certaine forme de polyarthrite alvéolo-dentaire. Des dépôts calcaires se forment sur une racine de dent saine, en un endroit éloigné du collet, des bactéries pathogènes envahissent un jour ce lieu de moindre résistance et donnent naissance à un abcès.

Dans les cas auxquels je fais allusion, le pus, au lieu de sourdre au rebord gingival, trouve une autre voie d'évacuation. Il perfore la paroi alvéolaire, amincie au niveau des concrétions calcaires, et tend à apparaître sur la gencive à la manière d'un abcès alvéolaire ordinaire, conséquence d'une infection pulpaire.

Les symptômes auxquels donne lieu cette affection étant presque identiques à ceux que nous constatons dans les cas classiques, il est facile à l'opérateur non prévenu de faire une erreur de diagnostic qui le conduit à une thérapeutique erronée et en particulier, à la trépanation de la dent. Et c'est la raison pour laquelle je crois utile de rappeler en ce moment l'existence de ces accidents en apparence inexplicables.

M. Roy. — M. Robin a signalé des choses très intéressantes. Il est certain qu'on observe parfois des abcès alvéolaires à marche anormale et dans lesquels cas on peut observer ce qu'il vient de nous signaler.

Je n'abonderai cependant pas dans son sens quant à l'étiologie : elle ne me paraît pas aussi simple. Néanmoins il est certain qu'on peut rencontrer parfois des malades qui présentent des abcès d'apparence alvéolaire dans des conditions tout à fait anormales.

Un malade qui pouvait avoir 48 à 50 ans s'est présenté chez moi, il y a quelques années, avec un abcès énorme au niveau des deux incisives centrales supérieures. Je lui ai ouvert cet abcès qui lui déformait complètement la lèvre. Il est sorti une quantité de pus relativement minime. Le pus n'était pas très bien formé.

Le second jour j'ai pu ouvrir son abcès. Il y avait une assez grosse collection avec destruction d'une partie importante de la paroi alvéolaire antérieure, mais la pulpe des dents était absolument vivante.

J'ai invoqué sans pouvoir le prouver que la seule explication plausible était une blessure de la gencive par un corps étranger et que c'était cela qui avait pu déterminer ces phénomènes. Les lésions étaient-elles dues aux causes invoquées par M. Robin, la chose ne me paraissait pas vraisemblable alors puisque les dents ont présenté une solidité très grande après destruction d'une portion assez considérable de la paroi alvéolaire. De plus il y a aussi dans l'étiologie de ces abcès avec pulpe vivante ou au moins d'apparence vivante, il y a

lieu de tenir compte des faits que j'ai signalés dans la communication au Congrès de Toulouse, que je referai ici avec l'espoir qu'elle donnera lieu à une discussion intéressante sur la mortification pulpaire sans carie. J'ai pu assister chez un certain nombre de malades à la mortification pulpaire d'un certain nombre de dents. J'ai pu poser à l'avance le diagnostic de cette lésion. J'ai une série d'observations que je crois assez intéressantes et je suis arrivé à pouvoir préciser le diagnostic de ces altérations qui donnent lieu à des interprétations un peu différentes, suivant les cas.

Je tenais à vous dire ces quelques mots à propos de l'observation très intéressante soulevée par M. Robin.

M. Georges Villain. — A l'appui de ce que vient de dire M. Robin, je citerai un cas. Il s'agit d'une malade âgée de 32 ans, qui faisait de l'infection très facilement, à l'occasion de la moindre égratignure.

Elle se présentait avec un abcès sur l'incisive centrale et latérale du côté droit. J'ai trépané ces dents et j'ai trouvé des pulpes vivantes. N'ayant pas trouvé de cause du côté de la pulpe, pas d'infection, j'ai fait l'opération que préconise M. Roy : j'ai ouvert la gencive, puis j'ai fait un léger curettage. Cela a guéri, mais cette malade est venue me retrouver dernièrement. Elle présentait une petite collection purulente au niveau du collet et cela ressemblait absolument à l'abcès pyorrhéique.

M. le président. — Je voulais appeler votre attention et aussi votre discussion sur un fait qui me paraît sinon cliniquement démontré, du moins cliniquement possible et qui n'a pas été signalé, me semble-t-il.

M. Roy disait tout à l'heure : que dans une carie du troisième degré, il ne semble pas possible qu'il y ait propagation d'infection à la région alvéolaire, abcès. Il a été démontré que la pulpe contient des éléments d'infection. Si vous avez une simple infection dans une cavité de second degré, cette infection peut se propager jusqu'à la pulpe elle-même, infecter un territoire déterminé de la pulpe très limité, puisqu'il s'agit d'une infection extrêmement minime. Elle peut arriver jusqu'à l'extrémité apicale et déterminer là une infection plus étendue, lorsque le terrain est propice.

M. Robin a parlé des abcès d'origine uratique. J'insisterai sur cette question. Supposons que dans ce cas au lieu de se localiser exclusivement dans la bouche le pus aille atteindre le tissu cellulaire souscutané. Vous aurez alors à vous demander si c'est une infection purement dentaire, ou une infection para-dentaire.

Je ferai encore une petite critique à M. Roy. L'extraction de la dent était-elle nécessaire ? Ne pouvait-on pas faire autrement ?

Je voulais surtout dire à M. Roy, combien nous lui sommes tous très reconnaissants de la petite conférence qu'il vient de

nous faire sur un sujet extrêmement intéressant, car je ne voudrais pas qu'il prenne mes critiques et qu'il ne prenne pas mes éloges.

M. Roy. — Je vous remercie des éloges et aussi des critiques, ces dernières sont même plus intéressantes pour moi que les éloges, parce qu'elles peuvent donner matière à des réflexions et à une discussion assez intéressante.

Vous avez signalé un point que théoriquement on peut opposer : c'est celui des complications lymphatiques de la pulpe. On a assuré en effet qu'il y avait des lymphatiques dans la pulpe.

Mes connaissances d'histologiste ne me permettent ni de confirmer, ni d'infirmer cette théorie, mais par contre ce que mes connaissances de clinicien me permettent de dire à l'heure actuelle, c'est que jamais je n'ai vu une complication lymphatique quelconque lorsque la pulpe était vivante. Même lorsque la pulpe est enlevée et que les filets radiculaires remplissant le canal ne sont pas gangrenés, il n'y a pas de complications lymphatiques.

Il faut que la membrane péri-radiculaire soit infectée pour observer des complications lymphatiques.

Je n'ai jamais vu de complications lymphatiques quelconques avec une pulpe vivante et n'en connais aucune observation probante, par conséquent je ne crois pas, jusqu'à plus ample informée, que la chose soit cliniquement possible, et ce sont ces raisons cliniques qui me font mettre un peu en doute la réalité de l'existence des lymphatiques. Je sais qu'on les a représentés, mais les lymphatiques sont déjà des vaisseaux difficiles à reconnaître dans les autres tissus, de l'économie il n'est pas facile d'en suivre le trajet. Je crois que dans la pulpe cela doit être encore plus particulièrement difficile.

Au point de vue clinique, en tous cas, rien n'est venu me confirmer leur existence.

Reste la seconde critique qu'a faite M. Mendel-Joseph. Elle est intéressante et la question peut se poser ainsi : Doit-on enlever une dent qui donne naissance à une fistule cutanée ? Théoriquement on pourra parfois répondre non. Pratiquement ce sera le plus souvent indiqué, parce qu'il y a une question première qui se pose : c'est la rapidité de la guérison.

Vous savez en effet qu'une fistule cutanée est une affection qui exige — lorsqu'on veut conserver la dent — un traitement très long et qui peut nécessiter et nécessite presque forcément une intervention du côté de la peau, ce qui est assez délicat puisqu'il faut aller débrider, nettoyer, faire un curettage du trajet fistuleux qui demande dans ce cas un temps quelquefois très long pour guérir.

Au contraire avec l'extraction de la dent, ce n'est pas des mois, ni des semaines, ni des jours que la guérison met à se produire : c'est instantanément, immédiatement qu'elle est réalisée.

On peut dire que sauf dans des cas exceptionnels — et j'en ai fait la démonstration bien des fois à ma clinique à l'Ecole — on peut dire qu'au moment même où la dent est enlevée la suppuration prend fin à tout jamais. C'est là un fait particulièrement appréciable pour les malades qui traînent souvent ces suppurations depuis des mois, des années, 3, 4, 5, 10 ans même. Par conséquent, ces malades vous les privez d'une dent, c'est ennuyeux il est vrai, mais en revanche vous les guérissez instantanément d'une affection relativement grave et un peu répugnante, de laquelle ils ne sont pas fâchés d'être débarrassés, rapidement.

De plus une des complications du traitement de ces fistules, c'est l'intervention du côté de la peau qu'on ne peut pas toujours faire avec simplicité, le trajet peut nécessiter un débridement de la peau, d'autant plus que ces trajets sont souvent assez tortueux, ne sont pas des trajets directs qui permettent une exploration et un nettoyage rapides. C'est ainsi que le trajet chez mon malade était un trajet qui traversait la joue sur une étendue de trois centimètres au moins ; il était situé sur la peau au niveau de la seconde prémolaire et, de là, s'en allait sur la seconde grosse molaire. Vous voyez donc combien cela aurait été compliqué et délicat d'aller nettoyer ce foyer. Par conséquent, tout en considérant que la chose est possible, je crois qu'il faut si l'on veut faire le traitement conservateur placer le malade en présence de ces deux alternatives : ou une guérison immédiate par l'extraction de sa dent, ou une guérison avec la possibilité de conserver sa dent, mais avec une intervention cutanée probable, ou en tous les cas une guérison qui peut se trouver retardée de plusieurs semaines ou de plusieurs mois.

Ce sont là des considérations que le clinicien doit peser et faire peser par son malade, au point de vue de la rapidité de la guérison.

M. Touvet-Fanton. — Je désire poser la question suivante à M. Roy : Savez-vous si la dent qui a donné naissance à l'accident infectieux avait ou non été auparavant traitée d'une manière quelconque ou obturée ?

M. Roy. — Elle n'avait jamais été traitée.

M. Touvet-Fanton. — La question est intéressante à élucider et voici pourquoi : le cas de M. Roy, s'il est assez rare quand il se produit spontanément (bien qu'on le rencontre quelquefois) le devient beaucoup moins lorsque la cause n'en est pas uniquement provoquée par la succession des phénomènes naturels.

Il peut être produit par des lésions de la pulpe provoquées par un traitement inopportun, par exemple, par l'application faite par le patient lui-même de produits caustiques placés dans la carie.

Il peut l'être aussi par l'intervention du dentiste le plus consciencieux. — A ce sujet, je me déclare ennemi absolu de l'application de

l'acide phénique en particulier, ou d'autres caustiques appliqués sur les seconds degrés, sous le prétexte de détruire la sensibilité de la dentine : le caustique, en effet, détruit également l'intégrité de la pulpe qu'il atteint à travers les canalicules de l'ivoire.

C'est par le même mécanisme que certains ciments porcelaine, appliqués sur des caries de second degré, nous ont donné jadis des surprises désagréables en nous apportant quelques mois ou quelques années après, des abcès sur ces mêmes dents traitées. On a vu même quelquefois le fait se produire à la suite d'anesthésie à l'adrénaline.

Dans tous les cas, il se produit une lésion de la pulpe, pas assez puissante pour l'empêcher de se défendre, mais la réaction de la pulpe non assez puissante aussi pour triompher complètement, fournit alors ces cas mixtes où l'on peut rencontrer une racine à rameau pulpaire vivant, alors que dans les voisines, ces rameaux sont en complète désagrégation. C'est alors qu'on peut observer sur la même dent une véritable névrite accompagnant une périostite à l'une quelconque de ses différentes phases.

Et j'en profite ici pour insister tout particulièrement sur la petite difficulté que ces cas viennent apporter à la détermination d'un diagnostic certain, par le mélange des réactions qu'ils provoquent, des confusions des caractères propres à la manifestation de ce diagnostic. C'est ainsi que les caractères physiques, les signes objectifs peuvent nous laisser croire à la présence d'un simple second degré ; que les signes subjectifs classiques eux-mêmes peuvent tout au plus nous révéler un second avancé avec légère réaction pulpaire ; alors qu'en approfondissant, vous vous apercevez que vous êtes en présence d'une pulpe en état de mortification lente ou incomplète, qui n'offre pas la même apparence que les cas analogues rencontrés journellement et qui ont suivi l'évolution régulière de l'affection classique.

Je n'insiste pas davantage, la question se trouvant un peu à côté de celle traitée par M. Roy, bien qu'elle s'y rapporte cependant indirectement. Vous voyez, en effet, par les raisons précédentes, qu'il était intéressant de savoir si la dent du cas de M. Roy avait ou non subi une intervention quelconque.

M. E. Fourquet. — M. Roy vient de soulever une discussion très intéressante ; il a dit qu'il ne savait pas exactement s'il y avait des lymphatiques dans la pulpe et affirmait même que, cliniquement, il ne pouvait y avoir d'infection par voie lymphatique venant d'une pulpe complètement ou incomplètement détruite.

Je crois pouvoir signaler à *M. Roy* un cas qui tendrait à prouver cliniquement — ce que, du reste, *Schneider* a déjà prouvé expérimentalement — l'existence des lymphatiques dans la pulpe dentaire.

Il s'est présenté à la clinique de l'École Odontotechnique une

malade présentant une petite grosseur au niveau de la partie inférieure de la joue.

Cette grosseur, à la palpation, roulait sous le doigt et ne présentait aucune adhérence au plan profond osseux. Enfin, le doigt, à l'exploration du vestibule, décelait à ce niveau un cordon induré allant du bord alvéolaire à la joue.

Je diagnostiquai : *adénite génienne chronique.* Quant au cordon induré, dont je parlais précédemment, ce n'était autre que le faisceau de lymphatiques engorgés — sorte de lymphangite tronculaire, ce que Lebedinsky a appelé « queue de l'adénite » — allant de la dent malade au ganglion induré.

Recherchant la cause de l'adénite, je constatai au niveau de la deuxième prémolaire inférieure une teinte brunâtre, je trépanai cette dent et trouvai une pulpe infectée. J'allais avec ma sonde barbelée explorer le canal lorsque, à mi-chemin de l'apex (ce dont je pouvais me rendre compte aisément d'après la longueur de la sonde que j'avais introduite) je rencontrai de la sensibilité. Il m'a fallu faire une compression analgésique pour retirer le restant du filet radiculaire encore vivant. La nécessité de cette opération prouve donc que tous les phénomènes anatomo-pathologiques se passaient dans l'intérieur du canal même.

Lorsque j'eus retiré les débris du filet radiculaire, je fis un simple pansement recouvert de gutta et je dis à ma malade de revenir huit jours après. Lorsqu'elle revint me voir je constatai que l'adénite n'avait pas diminuée quoique l'infection canaliculaire fut moins intense. Au bout de trois ou quatre pansements l'infection ayant disparu, j'obturai définitivement ma dent. Le cordon induré n'existait plus, mais l'adénite persistait toujours quoiqu'en voie de régression cependant.

Cette persistance de l'adénite n'était pas pour m'inquiéter, car mon expérience clinique m'a permis de constater la disparition d'une adénite indurée chronique bien longtemps après la disparition de la cause qui lui a donné naissance.

Suivant la recommandation que je lui avais faite, ma malade revint deux mois après et *l'adénite avait totalement disparu.*

J'eusse été heureux, messieurs, d'entendre, au cours de cette discussion, quelqu'un d'entre vous parler des adénites géniennes. Ces adénites existent en effet, j'en ai vu et d'autres que moi en ont vu. Lorsque l'adénite est chronique, elle évolue lentement, persiste la plupart du temps à l'état induré et, après disparition de la cause, *disparaît très lentement.*

... Si, au cours de votre pratique journalière, vous vous trouvez en présence d'une adénite, génienne ou autre, chronique et que vous décidiez de conserver la dent malade, cause de l'adénite, traitez votre

dent sans vous préoccuper de l'adénite, celle-ci disparaîtra toujours très lentement et bien après l'obturation définitive de votre dent.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

Séance du 7 mars 1911 (*résumé*).

La Société d'Odontologie s'est réunie le 7 mars 1911.

M. Chapot-Prévost, fondateur de l'école dentaire libre de Rio-de-Janeiro, a fait une communication sur l'organisation de la profession et de l'enseignement et l'exercice de l'art dentaire au Brésil. Son rapide historique de l'évolution professionnelle a fort intéressé, parce que celle-ci s'est opérée suivant les principes odontologiques et a abouti à la création du doctorat en odontologie, actuellement conféré par l'école dentaire de Rio-de-Janeiro.

M. Touvet-Fanton a fait une communication sur les différents procédés de conservation et de destruction de la pulpe.

La séance s'est terminée par une présentation de M. G. Villain sur un cas de prothèse clinique.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

ASSOCIATION FRANÇAISE DE SOCIÉTÉS DENTAIRES

SIÈGE SOCIAL : 28, *rue Serpente (Hôtel des Sociétés savantes).*

Nous avons reçu la lettre suivante du président de la F. D. N., que nous nous empressons de communiquer à nos lecteurs :

Paris, le 3 mars 1911.

Mon cher collègue,

Vous apprécierez sans doute l'importance de la création du Comité national français d'hygiène dentaire, aussi bien au point de vue de l'intérêt public que de l'intérêt corporatif.

Les encouragements reçus sont nombreux déjà et avant que le Conseil exécutif soit constitué, ainsi que les sections régionales, nous vous prions de recueillir le plus grand nombre possible d'adhérents.

Il est inutile de vous rappeler que toute personne étrangère à la profession peut faire partie du Comité.

Il est même nécessaire que l'Université, l'armée, les établissements d'assistance, etc., soient représentés dans le Conseil exécutif pour atteindre le but proposé.

Bon nombre des pays d'Europe, l'Allemagne, la Suède, l'Angleterre entre autres, possèdent depuis longtemps des organisations d'hygiène publique dentaire.

Il importe pour notre réputation nationale de ne pas nous montrer inférieurs aux pays voisins : de maintenir le bon renom de philanthropie que notre pays a toujours eu et dont notre profession tient à l'honneur d'avoir sa part.

Dans l'espoir que vous voudrez bien nous aider dans cette œuvre, je vous adresse quelques cartes qu'il vous sera facile de faire signer et de nous retourner ensuite dans le plus bref délai.

Le président,
FRANCIS JEAN.

Rappelons que la F. D. N. s'est constituée le 1er juillet en *Comité national d'hygiène dentaire* en décidant que le Comité s'adjoindrait toutes les personnes s'intéressant à l'hygiène dentaire, appartenant ou non à la profession.

Le bureau de la F. D. N. a été constitué dans la même séance en Comité exécutif de ce Comité national.

Le Comité exécutif a qualité pour accepter toutes les adhésions.

Il a été décidé également, le 1er juillet, de former autant que possible un sous-comité dans chaque ville.

Enfin le Comité national a été rattaché à la Commission d'hygiène de la F. D. I. (Voir *L'Odontologie* du 30 juillet 1910, p. 93.)

Les confrères désireux d'avoir des cartes, soit pour adhérer eux-mêmes, soit pour recueillir et adresser des adhésions, sont priés d'en faire la demande à M. Francis Jean, 35, rue Tronchet, Paris.

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE

SIÈGE SOCIAL : 28, Rue Serpente (Hôtel des Sociétés Savantes)

Ce Comité a pour but l'amélioration DE LA SANTÉ GÉNÉRALE de l'individu et le développement DE LA RACE par l'hygiène buccale et dentaire, en vulgarisant la connaissance et la pratique DES SOINS DES DENTS dans les Écoles, dans l'Armée, dans les Établissements d'assistance et dans le public.

Le Comité fait appel à toutes les personnes qui s'intéressent aux ŒUVRES D'HYGIÈNE SOCIALE et les prie de signer le bulletin d'adhésion ci-dessous.

BULLETIN D'ADHÉSION PROVISOIRE

Je soussigné (nom et prénoms) ____________ *Profession* ____________

Adresse ________________________________

déclare adhérer au **COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE** *et accepte d'être inscrit sur la liste des Membres.*

SIGNATURE :

Date ____________

Les statuts seront adoptés dans une réunion ultérieure, à la suite de laquelle l'adhésion deviendra définitive.

Adresser les Adhésions au Président de la **Fédération Dentaire Nationale Française**, 28, rue Serpente, PARIS, qui donnera, sur demande, tous renseignements nécessaires.

NÉCROLOGIE

Nous avons le grand regret d'apprendre la mort de M. Blatter, père de notre excellent collègue, M. Blatter, président de l'A. G. S. D. F., secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris et membre du Comité de rédaction.

Tous ceux auxquels notre confrère est sympathique, c'est-à-dire tous ceux qui le connaissent, s'associeront à nous pour lui adresser de sincères compliments de condoléances.

*
* *

Nous apprenons également avec un vif regret la mort, à l'âge de 85 ans, de M. Henri Blocman, père de notre confrère, M. Blocman, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons à notre confrère et à sa famille nos bien vives condoléances.

NOUVELLES

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Conseil du corps enseignant.

Le Conseil du corps enseignant s'est réuni le 1er mars pour examiner les modifications à apporter au programme d'enseignement, par suite de l'application du décret du 11 janvier 1909 pour la scolarité 1911-1912.

Il a entendu et approuvé, après une discussion d'ensemble sur les conséquences de cette application, un rapport de M. Blatter sur cette question, un rapport de M. G. Villain sur le stage, enfin un rapport de M. H. Villain sur des modifications au règlement du recrutement du corps enseignant.

Il a procédé à la constitution de son Bureau et à la nomination de la Commission permanente.

Ont été élus : *Vice-présidents*, MM. Desgrez, L. Lemerle ; *Secrétaire général,* M. Blatter; *Commissaires,* MM. Cousin, Robin, J. d'Argent, Camus.

Enfin le secrétaire général lui a communiqué la liste des mutations, nominations et réinvestitures dans le corps enseignant.

*
* *

Assemblée générale extraordinaire.

Une assemblée générale extraordinaire de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a eu lieu le 7 février 1911, pour examiner et adopter la convention conclue avec l'A. G. S. D. F. en vue de la réglementation des rapports administratifs entre les deux sociétés. Cette convention, qui avait été approuvée par l'A. G. S. D. F. dans l'assemblée générale du 15 janvier 1911, l'a été également par la Société de l'Ecole le 7 février 1911.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de Mlle Noële Ducros, chirurgien-dentiste à Lyon, avec M. Lucien Buridon et de M. Ménant, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Andréa Klein.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

31e ANNÉE. N° 6 30 MARS 1911 VOL. XLV

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ÉTUDES ACTUELLES SUR LES ALLIAGES

Par M. SERRES,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie.)

Je voudrais vous dire ce soir quelques mots d'une question tout à fait nouvelle en art dentaire, mais déjà courante dans l'industrie métallurgique, la constitution des alliages. Elle a été mise à l'ordre du jour, pour les dentistes, par M. Fenchel, de Hambourg, dans deux articles de *L'Odontologie*.

Le premier, paru le 30 juillet 1910, est le compte rendu d'une démonstration pratique faite devant cette société. L'auteur, s'appuyant sur les travaux de divers métallurgistes et sur les idées que je vais vous développer, explique ce qui se passe dans la confection d'un amalgame, montre la nécessité de doser exactement les métaux et le mercure, et présente un appareil facilitant ce dosage et la confection de l'amalgame.

Dans le second article, du 15 septembre 1910, qui apparaît comme le commencement d'un développement du premier, l'auteur mêle à ses explications scientifiques des considérations sur la formation des métaux dans la création et l'évolution des mondes, et il le fait dans un style si dithyrambique que cela n'inspire pas confiance dans la netteté et la précision de ses idées pratiques. Cependant, il faut reconnaître que dans ces deux articles il fait appel aux travaux les plus élevés et les plus complets des savants et des métal-

lurgistes modernes et, comme il annonce la publication prochaine d'un traité de métallurgie dentaire conçu d'après ces travaux, le moment me semble venu de tenir les dentistes au courant des idées actuelles sur la constitution des alliages.

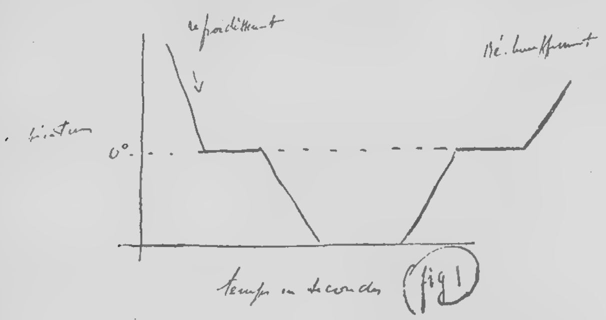
Les alliages se présentent avec des aspects très particuliers. Les chimistes les ont rangés parmi les composés ; ils ont en effet des qualités propres, qui ne sont pas la moyenne des qualités des métaux constituants et qui souvent même en sont tout à fait indépendantes. Par exemple, le bronze est un alliage dur, obtenu avec deux métaux mous, le cuivre et l'étain. Mais les alliages n'obéissent pas aux lois chimiques des combinaisons, on peut les faire en proportions quelconques, comme les mélanges, et en pratique les métallurgistes opèrent empiriquement pour obtenir un alliage ayant des qualités données. Au lieu que les proportions des métaux varient pas poids atomique, comme dans les combinaisons chimiques, il arrive bien souvent que l'addition d'une très faible quantité d'un métal modifie profondément les propriétés de l'alliage. Les chimistes, ayant constaté l'existence de certains composés définis au milieu d'un excès de métal en conclurent que les alliages industriels étaient des dissolutions de ces composés définis dans un excès de l'un des métaux, et ils se désintéressèrent de l'étude de ces corps, qui n'obéissaient pas à leurs lois. Cela ne pouvait suffire aux ingénieurs métallurgistes, qui reprirent d'une façon méthodique l'étude approfondie et complète des alliages. MM. Osmond, Le Chatelier, Charpy, en France, Matthiesen et Tamman, en Allemage, Sorby et Robert Austen, en Angleterre, ont imaginé pour cette étude des méthodes nouvelles, qui sont aujourd'hui continuellement employées dans l'industrie.

Ces méthodes sont principalement les deux suivantes : l'analyse thermique et la métallographie microscopique.

L'analyse thermique est fondée sur les propriétés des solutions.

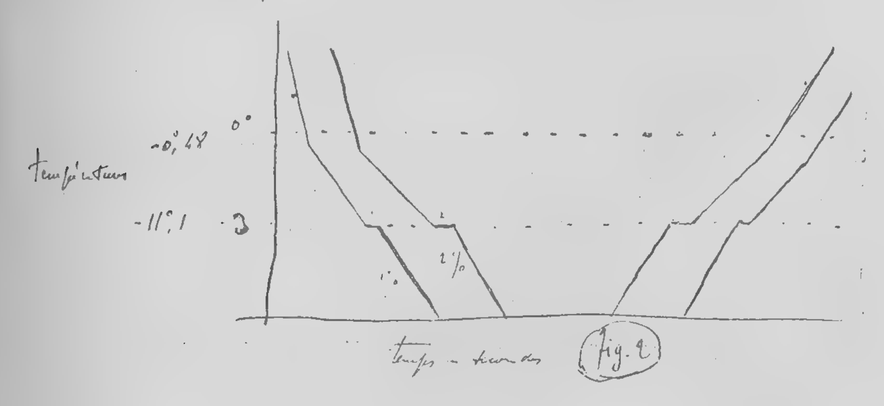
Si l'on considère le phénomène de la solidification de l'eau, ou de la fusion de la glace, on obtient un résultat très

simple, constance de la température pendant la fusion, ou la solidification, et variation avant et après, ce qui est représenté par le graphique suivant :

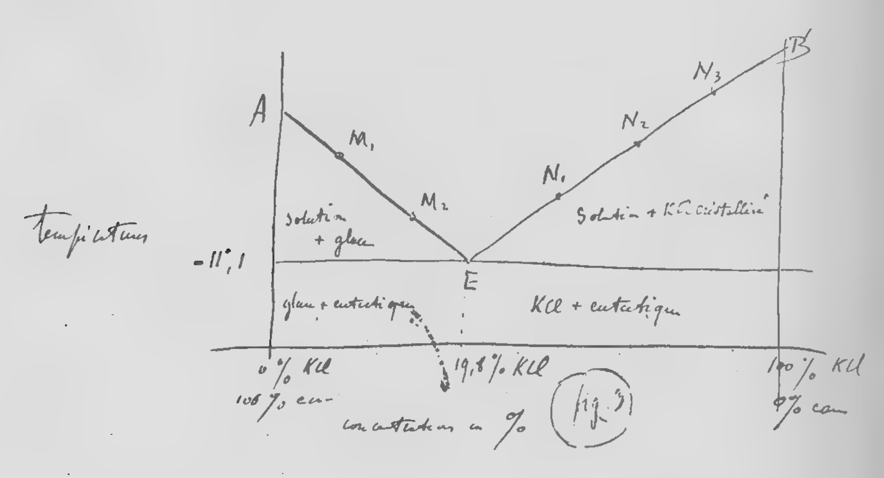


Dans le cas d'une solution, les choses se passent tout autrement. D'abord, la présence du corps dissout abaisse la température de solidification. Ensuite, pendant la solidification du dissolvant, la température continue à s'abaisser moins vite, elle ne reste constante qu'au moment de la solidification en masse de la solution, pour une certaine concentration, le résultat étant non un corps homogène, mais un mélange de cristaux du dissolvant et de cristaux du corps dissout, mélange assez intime et qu'on appelle *mélange cutectique*. La durée de la constance de la température (palier) est proportionnelle à la quantité o/o du solide dissout, pour les solutions de concentration inférieure, et à la quantité o/o de dissolvant (eau), pour les solutions de concentration supérieure à la concentration eutectique.

Ces résultats sont représentés dans les graphiques suivants (eau et KCl).



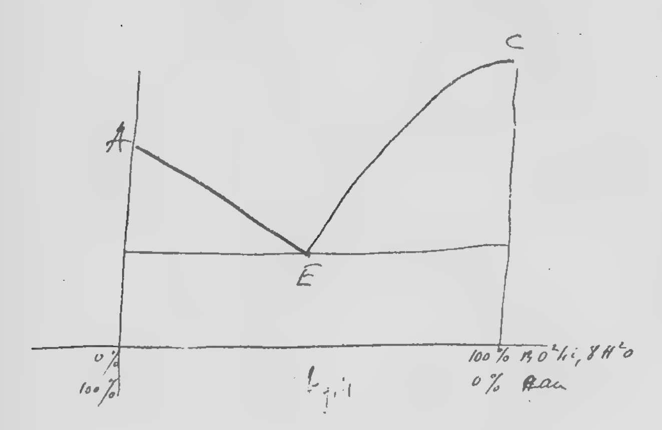
Pour représenter complètement ce qui se passe avec des solutions aqueuses en proportions variées d'un solide déterminé, on construit, au moyen des graphiques précédents, un diagramme d'ensemble tel que le suivant :



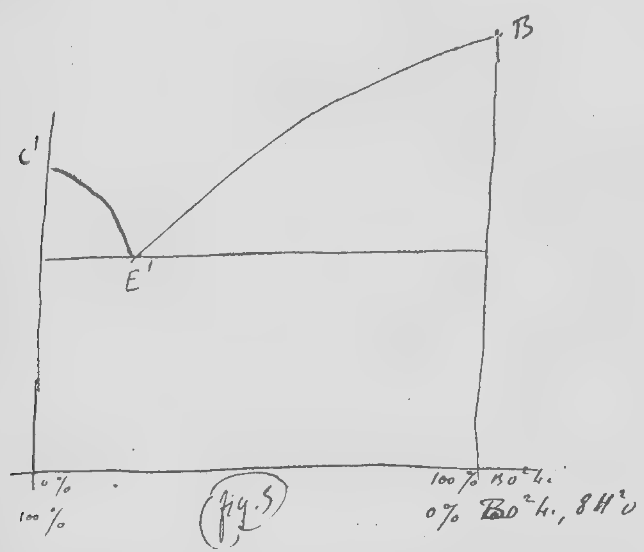
Ce diagramme se rapporte à des solutions de chlorure de potassium de concentrations variées. La droite A E passe par les points de solidification commençante pour les solutions moins concentrées que l'eutectique, la droite B E par les points de solidification commençante pour les solutions plus concentrées que l'eutectique. Le point E, où les deux droits se rencontrent est le point d'eutexie, où les deux sortes de solution se prennent en partie à — 11, 1 pour une concentration de 19, 8 o/o.

Si le sel dissout forme avec l'eau des hydrates à proportions définies, c'est-à-dire de véritables composés chimiques, il y a lieu de considérer plusieurs séries de mélanges ou de dissolutions. Ainsi, le borate de lithine BO^2Li, existe anhydre, avec cette composition, ou bien hydraté avec la formule $BO^2Li, 8H^2O$. Il y a lieu alors, d'après M. Le Chatelier, de considérer deux systèmes différents : le premier, formé par les solutions aqueuses de borate hydraté, donne le diagramme suivant :

Le second système, formé du mélange des deux sels fon-



dus, BO^2Li anhydre et $BO^2Li, 8H^2O$, donnerait un autre diagramme.

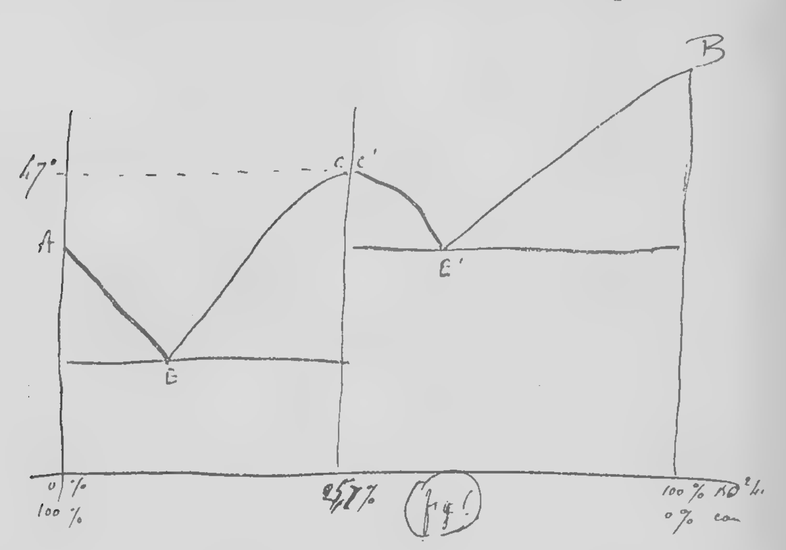


Ces deux diagrammes, se raccordant aux points C et C', donnent le diagramme d'ensemble ci-dessous :

L'existence du composé défini $BO^2Li, 8H^2O$ entre l'eau et le borate anhydre BO^2Li est traduite sur le diagramme d'ensemble par l'existence du maximum CC'. Ce composé fond à 47° et sa composition est de 25, 7 o/o de sel anhydre.

Pour appliquer cette méthode aux alliages, on fait des mélanges des métaux à étudier en proportions progressivement variables, on les fait fondre dans des creusets, on les laisse refroidir lentement, en entourant le creuset d'une

enveloppe qui évite le rayonnement, et l'on observe avec soin, de 10 en 10 secondes, les variations de température. Sans



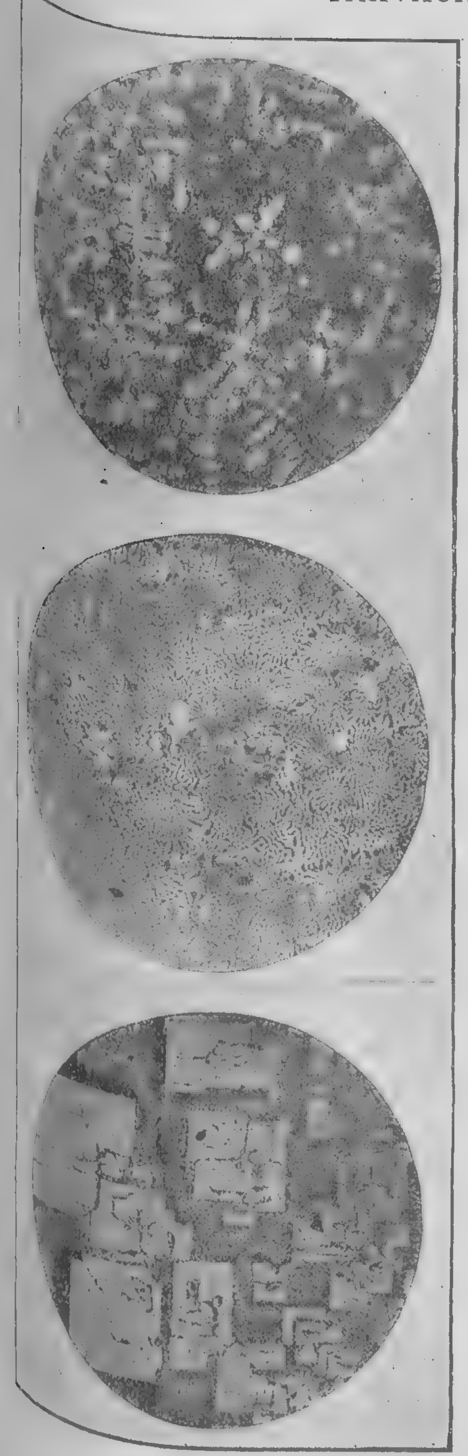
entrer dans le détail des opérations, ni des appareils, on comprend que l'on puisse ainsi tracer les graphiques correspondant aux diverses proportions de mélange, et avec ces graphiques construire le diagramme de l'alliage.

C'est ainsi que l'on a pu trouver les alliages suivants :

Magnésium zinc.........	$MgZn^2$.
Argent-étain............	Ag^3Sn.
Amalgame d'argent......	Ag^3Hg^4.
	Ag^3Hg^2.

Il faut remarquer aussi la formation de cristaux mixtes, ou solutions solides : souvent, pendant la solidification, les cristaux qui se déposent changent progressivement de constitution, de telle sorte que le dépôt solide définitif a la même composition que le mélange fondu primitif. Mais à chaque instant les cristaux sont homogènes, comme l'est une solution liquide, et on leur donne pour cette raison le nom de solutions solides.

L'analyse thermique peut être complétée par la métallographie microscopique, qui consiste dans l'examen microscopique de la surface polie de l'alliage.



4

5

6



7

8

9

Cette méthode, très employée aujourd'hui pour l'essai des fers et des aciers, exige la préparation d'un petit échantillon de 15 à 30^{mm3}, pas davantage, beaucoup plus petit même si l'on ne peut faire autrement.

Cet échantillon est dégrossi, de manière à produire une face plane, soit à la lime, soit à la meule. Cette face plane est polie par frottement sur des papiers d'émeri de plus en plus fin, puis le polissage est achevé avec des poudres très fines, mises en suspension dans l'eau et projetées au moyen de pulvérisateurs sur des disques de feutre pouvant tourner à l'extrémité d'un axe horizontal. On finit par obtenir une surface brillante comme un miroir. Mais, pour avoir un bon résultat, il faut prendre de grandes précautions, tenir l'échantillon bien à plat contre les papiers d'émeri ou les disques de feutre, croiser les sens des frottements quand on passe d'un frottoir à un autre, de manière à détruire les rayures produites par les poudres, et surtout éviter le contact des poussières avec les surfaces préparées.

La surface polie est alors examinée au microscope, au moyen d'un appareil à lumière latérale, qui permet d'éclairer les corps opaques ; on peut aussi la photographier. Ce premier examen peut donner des indications précieuses, si les constituants de l'alliage ont des duretés différentes, et alors les plus durs apparaissent en relief, ou bien si ces constituants ont des couleurs nettement différentes, comme le graphite qui dans les fontes se distingue par sa couleur noire.

Mais le plus souvent on attaque la surface au moyen de réactifs appropriés. Le résultat est excellent si l'on a choisi un réactif qui attaque tous les constituants moins un, ou bien qui les colore différemment. Le réactif est placé dans une capsule, et l'on y plonge la surface polie de l'échantillon, en remuant constamment. La durée de l'attaque varie de quelques secondes à plusieurs minutes. L'échantillon est ensuite lavé à l'eau distillée, à l'alcool, à l'éther, puis séché dans un courant d'air.

En examinant alors de nouveau la surface au micros-

cope, on voit apparaître des groupements d'aspect ou de coloration variée qui représentent les différents constituants de l'alliage. Les photographies ci-contre représentent les alliages suivants :

Fig. 1. Cristaux de fer dans l'eutectique fer-bore ;

— 2. Eutectique fer-bore ;

— 3. Cristaux de borure de fer Fe^2B dans l'eutectique fer-bore ;

Fig. 4. Cristaux de Fe^2B ;

— 5. Solutions solides (bronze) ;

— 6. Solutions solides (laiton) ;

— 7. Cémentite Fe^3C sur fond d'eutectique ;

— 8. Cristaux de siliciure $SiMg^2$ dans un eutectique ;

— 9. Cristal de silicium avec inclusion de siliciure $SiMg^2$.

Bibliographie.

E. Rengade, *Analyse thermique et métallographie microscopique.*

H. Gautier, *Contribution à l'étude des alliages.*

C. R., *des séances de l'Académie des sciences. — Revue de métallurgie.*

REVUE DES REVUES

LE CHAMP DES OPÉRATIONS OSTÉOPLASTIQUES POUR LA CORRECTION DES DIFFORMITÉS DES MAXILLAIRES

Par W. WAYNE BABCOCK, de Philadelphie.

Les os sont soumis pour leur développement, leur dimension et leur forme à la loi de l'adaptation de la forme à la fonction. A mesure que l'individu grandit, l'usage auquel la partie est soumise détermine sa forme. Le développement de l'os se fait principalement par le périoste. Cela est vrai pour le maxillaire inférieur et, à un degré moindre, pour le maxillaire supérieur. Le pouvoir régénérateur du périoste est remarquable. Le fémur, le tibia nous en fournissent des exemples. Il n'y a pas bien longtemps quand la tige du fémur ou du tibia était perdue, on amputait le membre ; maintenant nous conservons le périoste et nous attendons la formation d'un nouvel os. Quand nous perdons ou nous enlevons une partie du maxillaire, on peut pourvoir à son remplacement ou à sa réparation en utilisant le périoste adjacent. Si nous avons une ouverture dans un os long et si le périoste est insuffisant, en séparant une bande du périoste d'avec une partie adjacente de l'os et en rabattant la bande sur l'ouverture, on peut pourvoir au remplacement de la perte de substance. La bande de tissu périostique ou pont qui reste habituellement après une fracture est surtout précieuse pour favoriser l'union de l'os brisé.

On peut appliquer ce principe pour corriger les irrégularités du maxillaire. Si l'on sectionne celui-ci et que l'on laisse une large ouverture entre les extrémités séparées de l'os, s'il y a un pont périostique, l'ouverture sera obturée graduellement par l'os de néoformation et l'on pourra peut-être obtenir une modification permanente dans la forme du maxillaire avec moins de déperdition de la force de l'os.

Cela dit, quelle aide le chirurgien peut-il prêter à l'orthodontiste ? Tout d'abord, en règle générale, il ne faut pas recourir à la chirurgie pour corriger les petits défauts, même pour des anomalies marquées susceptibles d'être corrigées par les procédés d'orthodontie connus. Toutefois, j'estime que le maxillaire difforme appartient au patient, lequel a le droit de décider ce que nous avons à faire pour ce maxillaire. La décision finale lui appartient dans bien des cas graves, après qu'il a été averti des probabilités et des dangers et du meilleur traitement à suivre S'il a une difformité qui ne puisse être vaincue par une

méthode d'orthodontie et s'il choisit un procédé chirurgical, il a le droit de le faire.

Rappelons brièvement ce qui a été fait en matière d'opérations sur le maxillaire.

Opération de Hullihen.

En 1848 S. P. Hullihen, de Wheeling, fut le premier à faire une opération pour un maxillaire allongé avec prognathisme. Il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans, qui, 15 ans auparavant, avait eu le cou si grièvement brûlé que le maxillaire était rabattu sur la poitrine, amenant une élongation du maxillaire inférieur, une protrusion des incisives inférieures et une éversion marquée de la lèvre inférieure. Avec une petite scie, des sections en V furent pratiquées de chaque côté de la mâchoire, celle du côté gauche comprenant les bicuspides. Les sections en V s'étendaient jusqu'aux deux tiers de l'os, les apex étant au-dessous (fig. 1). De ceux-ci la scie fut tournée horizontalement en dedans, complétant la section et laissant les deux tiers supérieurs de la partie antérieure du maxillaire inférieur fixés au tissu mou de la lèvre seulement. En enlevant les deux sections d'os en V, la partie rendue mobile pouvait être repoussée en place, pour assurer l'occlusion des incisions (fig. 2). Une empreinte fut prise à la cire pour con-

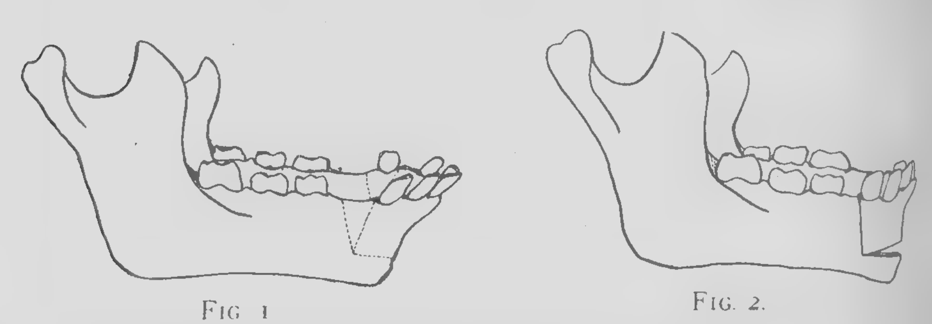


Fig 1 Fig. 2.

1. Genre de difformité dans le cas d'Hullihen. Le pointillé indique les lignes de la section osseuse et les segments triangulaires d'os à enlever.
2. Correction de l'élongation du maxillaire dans le cas d'Hullihen par l'enlèvement de segments triangulaires d'os. La vitalité de la portion mobilisée de l'os était conservée par les attaches vasculaires à la lèvre inférieure.

fectionner une plaque d'argent qui, une fois appliquée, maintint la section du maxillaire dans une position convenable. L'union se produisit rapidement et Hullihen se mit aussitôt à corriger le défaut du cou. Un large lambeau de peau de l'épaule et du bras fut rapporté sur le cou, tout en permettant de lever la tête, et finalement deux opérations ultérieures donnèrent à la lèvre supérieure difforme un aspect supportable et lui rendirent son usage. Toutes ces opérations réussirent.

Il s'écoula près de cinquante ans avant qu'on entreprit à nouveau la section bilatérale du maxillaire inférieur. En 1896 Ottolengui préconisa cette opération et en 1897 W. Whipple, de Saint-Louis, envoya à Angle un jeune homme présentant un type étendu de prognathisme. Angle conseilla une résection bilatérale des parties du maxillaire allongées, entre la première et la deuxième bicuspide côté gauche. Les sections enlevées différaient de celles enlevées par Hullihen en ce que les segments enlevés occupaient toute la profondeur du corps du maxillaire. Cette opération ne fut pas pratiquée par Angle et finalement le patient fut confié à un chirurgien, E.-P. Blair, qui réséqua une section quadrilatère de chaque côté du maxillaire, ramena les dents en occlusion, les maintint en place par un fil métallique et rencontra alors de grandes difficultés à maintenir en occlusion tous les fragments du maxillaire. Cependant, après neuf semaines pénibles de suppuration et de nécrose, l'union osseuse fut obtenue avec un résultat très acceptable.

La publication de cette opération provoqua des opérations semblables qui, dans certains cas, furent suivies de nécrose, et un patient de La Nouvelle-Orléans perdit même le maxillaire inférieur à la suite d'une semblable opération.

Bien que cette opération soit pratiquée par des incisions en dessous du maxillaire, les deux fractures composées produites dans la bouche sont si critiquables qu'on a conseillé une extraction préliminaire des dents, suivie d'une résection sous-muqueuse de l'os. Bergmann, de Berlin, a corrigé la difformité d'un menton en retrait en réséquant les procès et en amenant le corps du maxillaire inférieur en avant, où il est maintenu en place par un appareil dentaire.

Premier cas.

J'ai signalé l'avantage d'une opération un peu différente pour la correction du prognathisme d'un jeune homme qui était venu me trouver pour une autre affection.

Ce patient, Samuel K., 18 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires, avait eu seulement des attaques répétées d'amygdalite pendant les deux hivers précédents.

Les amygdales étaient grosses avec augmentation notable du tissu adénoïde dans le pharynx nasal ; le septum nasal était incliné légèrement à droite avec rhinite chronique hypertrophique. Le patient respirait presque exclusivement par la bouche, le palais était ogival, les arcades dentaires étaient symétriques et les dents médiocrement régulières, quoique courtes et peu développées. Une seule molaire gauche et deux molaires droites pouvaient se mettre en occlusion imparfaite, la séparation minima entre les incisives centrales supérieures et les incisives centrales inférieures n'étant que de 7^{mm}, et

les centrales inférieures étant sur un plan à 5^{mm} au moins en avant des centrales supérieures. Le menton était un peu en pointe et proéminent et bien que, au dire du sujet, les dents n'eussent probablement jamais été en occlusion, l'état s'était aggravé progressivement pendant les quatre dernières années. Les lèvres étaient longues et les dents ne se montraient pas quand il parlait, de sorte qu'on avait maintes fois demandé à Samuel K. s'il les avait perdues. En souriant et en parlant, les lèvres tendaient à se replier sur les dents, ce qui produisait une impression désagréable. En parlant, la pointe de la langue restait sur la lèvre inférieure au lieu de rester sur les dents de sorte que la prononciation était défectueuse et ressemblait à celle d'un édenté. Le patient ne pouvait pas mordre les aliments durs ou minces, si ce n'est en les introduisant loin dans la bouche. La mastication était très imparfaite. Les lèvres étaient presque constamment ouvertes excepté pendant la conversation. Le patient était assez bien développé, mais le menton était long et étroit ; il ne se plaignait pas de troubles digestifs, mais seulement de constipation.

Ce jeune homme s'était présenté pour de l'acné, mais, la laideur du profil facial me conduisit à examiner la mâchoire et à rechercher la possibilité d'une correction chirurgicale. Je pensai qu'une section des deux branches montantes serait l'opération de choix, mais, après quelques investigations, je constatai, à mon grand étonnement, qu'il n'existait pas de preuves que semblable opération eût été faite antérieurement. J'adressai le patient à M. Guilford pour m'assurer qu'aucun appareil dentaire ne pouvait remédier à la situation et M. Guilford reconnut la nécessité d'une intervention chirurgicale et proposa l'opération d'Angle. Cette opération me semblait soulever les objections suivantes :

1° Elle nécessiterait deux fractures composées du maxillaire inférieur ;

2° Il faudrait avulser au moins une dent avec le procès adjacent de chaque côté et il en résulterait l'exposition des racines des deux dents adjacentes de chaque côté de la mâchoire inférieure presque inévitablement ; il faudrait donc quatre dents artificielles ;

3° Le canal dentaire inférieur avec ses vaisseaux et ses nerfs serait divisé de chaque côté ;

4° L'arcade du maxillaire inférieur serait brisée en trois parties, serait contractée et exigerait un appareil de rétention spécial ;

5° Comme la surface de l'os serait exposée à l'action de la salive et à l'infection dans la bouche, une nécrose plus ou moins étendue serait presque inévitable.

Dans un cas cette opération avait été suivie de la perte de la mâchoire inférieure par suite de nécrose.

La division du nerf dentaire inférieur semblait la moindre de ces

objections, car ce nerf se réunit souvent après sectionnement et même si l'anesthésie résultant de ce sectionnement demeure permanente, la situation n'est pas très fâcheuse. Au contraire de cette opération, une section de la branche montante : 1° semblait exempte des dangers d'une fracture composée dans la bouche ; 2° ne réduirait pas la dimension de l'arcade dentaire et ne sacrifierait aucune dent ; 3° n'intéresserait pas les nerfs dentaires ou vaisseaux inférieurs si elle était pratiquée au-dessus du niveau de l'épine de Spix ; 4° semblait réduire le danger de l'absorption de produits septiques, même s'il se produisait de la suppuration ou une nécrose, car l'os pouvait être atteint du dehors de la bouche, en prenant les précautions aseptiques ; les liquides septiques seraient en effet déversés à l'extérieur et ne couleraient pas dans la bouche pour être avalés ou aspirés dans les poumons ; 5° permettait une occlusion convenable, si c'était nécessaire, au moyen d'une pression externe par une mentonnière, s'il en était besoin, sans l'emploi d'un appareil interdentaire.

M. H. Cryer me fit observer, comme objection à la section des deux branches, l'étroitesse du diamètre antéro-postérieur du pharynx et le danger d'amener une suffocation en repoussant en arrière le maxillaire inférieur et la langue qui y est fixée. Comme l'opération ne pouvait pas changer le soutien de l'os hyoïde et comme il semblait très aisé de reproduire la difformité, s'il se présentait des signes de suffocation, le procédé suivant fut suivi.

Le patient fut anesthésié par la scopolamine-morphine et l'éther, le 5 décembre 1908, et une incision fut pratiquée dans la peau et le tissu sous-cutané au-dessus du bord postérieur de la branche du maxillaire, à partir du zygoma jusqu'à un point inférieur et antérieur à l'angle du maxillaire. Cette incision ne fut pas poussée dans les tissus profonds par crainte de léser les branches du nerf facial et du canal parotidien. Les fibres externes du muscle masséter furent séparées et la surface externe du milieu de la branche montante exposée. Avec un petit ciseau une section transversale fut pratiquée à travers celui-ci. L'opération fut répétée de l'autre côté et le corps du maxillaire repoussé en arrière, les dents étant amenées dans la meilleure occlusion possible. Pour cela un segment triangulaire de la branche montante fut enlevé d'un côté. L'incision du muscle, du fascia et l'incision extérieure furent alors soigneusement suturées au catgut, plusieurs dents inférieures furent fixées par un fil métallique aux supérieures et un bandage externe au plâtre fut appliqué. Aucun symptôme de suffocation ne fut observé ; mais, à son réveil, le patient se plaignit de l'insuffisance de place dans sa bouche pour sa langue et de la difficulté à respirer par le nez. L'occlusion des mâchoires fermait les lèvres.

Par la suite, la contraction du masséter et des muscles abaisseurs

du maxillaire, en fermant l'ouverture triangulaire de la branche montante, tendaient à séparer les mâchoires antérieurement. La ligature métallique des dents fut jugée insuffisante et fut abandonnée. M. Guilford, sur l'avis de M. H. Erger, construisit une attelle interdentaire, mais celle-ci ne donna pas un grand avantage, de sorte qu'on recourut à la pression d'une mentonnière ordinaire fixée par des bandes élastiques à une têtière. En réglant la tension des bandes



FIG. 3. FIG. 4.
3. Profil dans le cas de S. K. avant l'opération.
4. — — — — — — — 3 mois après l'opération.

on peut amener les dents en occlusion. Cet appareil fut porté neuf semaines environ pour donner le temps au nouveau tissu osseux de combler les vides faits dans les branches montantes, mais deux semaines avant qu'il fût enlevé. Le patient se mit à séparer volontairement et à employer ses mâchoires. Pas de tendance à l'ankylose et les mouvements latéraux et verticaux du maxillaire étaient bien conservés. L'aspect du patient était notablement amélioré, les lèvres étaient raccourcies, le menton moins proéminent, la bouche est tenue constamment fermée, la prononciation est meilleure, la respiration nasale a été spontanément établie, les aliments sont convenablement mastiqués, la langue n'est plus retenue entre les dents, la constipation chronique a disparu, pas d'amygdalite cet hiver, quoique les amygdales demeurent grosses et que le catarrhe nasal continue (fig. 3 à 8).

Pour ceux qui considèrent l'hypertrophie des amygdales, les végé-

tations adénoïdes et l'obstruction nasale comme une cause de respiration buccale et d'un développement défectueux des maxillaires, il y a là une preuve évidente que la correction des difformités des maxillaires peut, parfois, avoir pour conséquence la disparition spontanée de l'obstruction nasale et la cessation de symptômes dus à l'hypertrophie des amygdales. Mais nous ne voulons pas dire par là qu'il



Fig. 5, 6, 7, 8.
5, 6. Cas 1. Malocclusion avant l'opération.
7, 8. — 1. Occlusion obtenue par la division transversale des branches.

faille d'ordinaire conserver les adénoïdes et les amygdales. Ce premier cas montre l'avantage d'avoir, avant l'opération, des attelles interdentaires soignées et solidement ancrées pour assurer, pendant l'opération, l'occlusion, la fixation et l'immobilité, et de les laisser jusqu'à ce que l'union osseuse se soit produite. Dans l'opération quand les dents sont amenées en opposition, il se forme une béance entre les fragments osseux, mais si un morceau de périoste comble cette béance, de l'os nouveau se formera et remplira l'espace.

Deuxième cas.

M[lle] H., 29 ans (fig. 9), pas d'antécédents, pas de preuve de prognathisme ou autre irrégularité chez les ascendants. A 5 ans, fièvre scar-

latine, suivie de méningite qui la retint au lit pendant un an. Écoulement de pus par les oreilles et abcès. Cet état de choses fut attribué par le médecin aux dents du sujet, qui fut adressé à un dentiste pour régulariser les dents. Quatre dents furent extraites aux maxillaires supérieur et inférieur ; une molaire et une bicuspide de chaque côté du maxillaire supérieur furent enlevées ainsi que deux molaires du côté gauche, une bicuspide et deux molaires du côté droit au maxillaire inférieur. Des végétations adénoïdes furent probablement enlevées.



Fig. 9.
Cas 2. Profil avant l'opération.

Actuellement les incisives inférieures sont à 1 centim. en avant des supérieures et à 2^{mm} à droite de la ligne médiane. Le plan de la face occlusale des incisives inférieures est à 3 ^{mm} environ au-dessous des supérieures. La patiente ne peut manger des aliments durs; elle ne peut mordre une pomme bien qu'elle puisse mordre un morceau de pain ou une matière analogue. Les mâchoires se fatiguent aisément et les tentatives de mastication sont très fatigantes. Pendant des années elle a souffert de faiblesse ; elle s'évanouissait à la moindre cause, avait des indigestions fréquentes ; elle est très nerveuse, a les amygdales légèrement hypertrophiées, surtout celle de gauche, les narines très petites, avec une déviation légère du septum vers la

droite avec obstruction et le cornet inférieur du nez agrandi du côté gauche. Elle a le palais osseux très haut en forme de selle ou voûté. La constriction de l'arcade de la mâchoire est telle que la langue ne peut être retenue dans la bouche, mais avance constamment et est à nu dans la partie proéminente de la mâchoire. Le prognathisme fut constaté seulement quand la patiente eut 13 ans et il se développa rapidement par la suite.

M. Weeks construisit des attelles interdentaires en argent avec des boucles en saillie pour permettre de ligaturer solidement la mâchoire inférieure à la supérieure. Chaque branche fut divisée transversalement au ciseau par une incision plus courte que dans le premier cas. En essayant de faire coïncider les dents, on constata que la bouche était si petite que celles-ci ne pouvaient se rapprocher en raison de la dimension de la langue et de la projection de la molaire inférieure. Des bandages avec une mentonnière et traction occipitale furent appliqués et au bout de quelques jours la langue avait si bien repris sa place dans la bouche qu'après l'extraction des deux molaires les dents purent être amenées presque en occlusion. Les attelles interdentaires furent alors appliquées, ligaturées et cimentées aux dents et en ligaturant nous assurâmes l'occlusion (fig. 10 et 11). Malheureusement le

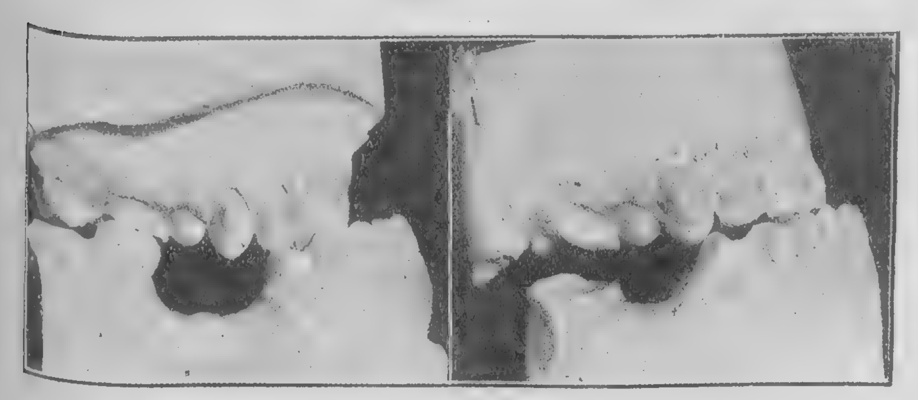


FIG. 10. FIG. 11.

10. Cas 2. Malocclusion avant l'opération.

11. Cas 2. Occlusion approximative après l'opération. La correction primitive de la difformité fut perdue en partie par suite du refus du patient de se soumettre plus longtemps aux appareils d'orthodontie.

rapprochement n'était pas parfait, parce que les attelles glissaient des dents et qu'il fallait les réappliquer. Quand nous les enlevâmes finalement, nous constatâmes que la dimension de la langue était de nature à produire une force constante tendant à reproduire la difformité, et il devint alors évident que l'arcade supérieure aurait dû être agrandie par des moyens orthodontiques avant l'opération et qu'il

aurait fallu construire plus d'attelles interdentaires sûres. Malheureusement, comme c'est souvent le cas pour ceux qui respirent par la bouche, le sujet avait peu de force vitale et il ne collabora pas convenablement à l'œuvre. Il fut difficile de lui persuader de se soumettre à une opération quelconque ou de permettre la continuation de la présence d'un appareil dans la bouche et actuellement il ne tolérerait aucun redressement. Ce cas nous amena à songer à associer les procédés de l'orthodontie, dans certains cas du moins, à l'intervention chirurgicale et à placer des attelles interdentaires très solides en sections et fortement ancrées aux dents du haut et aux dents du bas avant l'opération. Pour obtenir une occlusion meilleure nous jugeâmes avantageux de couper les pointes de ces attelles pour que les dents vinssent en contact direct. J'évalue la tension initiale nécessaire dans ce cas pour amener les dents en opposition normale à 50 ou 75 livres, force beaucoup plus grande que celle qu'on demande aux attelles interdentaires. Le sectionnement des ligaments de la mâchoire inférieure par la ténotomie pour produire une séparation plus grande des parties postérieures de la mâchoire et un espace plus grand pour la langue aurait certainement facilité le traitement ultérieur et permis d'éviter l'extraction des dents.

Troisième cas.

Tailleur de 22 ans, dont la mère est prognathe, mais dont la famille est exempte de cette difformité. Mâchoires larges. En raison de la grande dimension des arcades dentaires et de la large bouche, le cas convient bien à la correction par résection des branches. En outre, le redressement des dents est nécessaire. Ce patient n'a pas encore subi l'opération (fig. 12, 13 et 14).

Dans des cas comme le deuxième, nous devons considérer non seulement la tension musculaire produite après le sectionnement du ramus, mais encore les ligaments des mâchoires. Quand on divise la branche montante par le centre, les deux ligaments internes, le sphéno-mandibulaire et le stylo-mandibulaire, s'ils ne sont pas sectionnés, servent de cordes solides résistantes, empêchant l'élévation du menton. Quand nous avons affaire à des difformités d'autres articulations, le pied bot par exemple, on soulage cette tension par la ténotomie ou une division des ligaments. Nous devons parfois employer un semblable procédé ici : diviser ces ligaments près de leur point d'attache, puis tendre les muscles pour assurer une meilleure apposition et moins de tension.

Beaucoup de ces difformités sont associées à un angle très obtus et, en élevant le corps du maxillaire, on doit en même temps augmenter la distance entre la face articulaire et l'angle de la mâchoire, c'est-à-dire allonger la branche. S'il faut l'allonger considérablement on peut

ou bien appliquer une grande force ou diviser les ligaments. Quand il est seulement nécessaire d'avancer ou de reculer légèrement le



Fig. 12. Fig. 13.

12. Cas 3. Nature du prognathisme.
13. — — Vue de face.

maxillaire, la ténotomie peut être inutile. Le point principal est le suivant : avec une division bilatérale de la branche on peut mobiliser



Fig. 14.
Cas 1. Malocclusion avant l'opération.

le corps du maxillaire de façon à le mouvoir dans une direction quelconque, d'un côté vers un autre, en avant si le menton est en retrait, en arrière en cas de prognathisme. On peut l'incliner si on le désire

et, après un quelconque de ces mouvements, s'il est immobilisé par des attelles, les ouvertures produites dans le ramus seront comblées par un dépôt d'os nouveau, surtout si un pont périostique a été laissé ou si l'ouverture n'est pas trop grande. L'union se fait d'ordinaire en cinq ou six semaines; elle est si rapide qu'après des divisions de la branche montante pour ankylose il est difficile d'empêcher les fragments osseux de se réunir à moins qu'une portion de muscle ou d'un autre tissu mou ne soit interposée entre les fragments osseux.

Quant au procédé de division de la branche du maxillaire, il dépend beaucoup de l'expérience de l'opérateur. L'opération n'est pas difficile pour quelqu'un habitué à opérer sur des os. On fait une ostéotomie sous-cutanée analogue à celle qui sert à diviser les os longs.

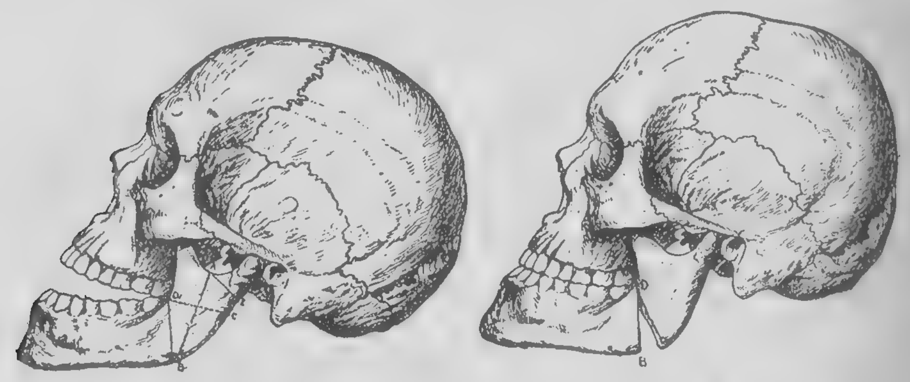


Fig. 15. Fig. 16.

15. Malocclusion et prognathisme. Les pointillés indiquent les lignes possibles de section pour corriger la difformité en divisant la branche D C, ligne de section dans les cas 1 et 2.

16. Résultat de la correction de la difformité par division de la branche suivant D B. Cette ligne divise le canal dentaire inférieur, mais comme elle est au-dessous des attaches musculaires et ligamenteuses les plus importantes, elle permet une mobilité plus grande que la ligne de section plus haute.

On enfonce une gouge étroite ou ostéotome à travers une boutonnière de la peau jusqu'à l'os en la tournant de façon que le bord tranchant soit transversalement dirigé et on la retire plusieurs fois et l'on sépare graduellement des portions adjacentes d'os jusqu'à ce que la division complète soit opérée. Ce procédé ne laisse pas de cicatrice, la perforation par la gouge peut même ne pas nécessiter une suture, mais il faut quelque habileté à manier cet instrument. La division de l'os par un ostéotome est plus aisée après avoir mis l'os à découvert par une incision. Si l'on fait une incision, elle doit passer derrière la branche montante ou arrondir l'angle de la mâchoire de manière que la cicatrice ne soit pas visible. En outre de la gouge, on peut employer les instruments habituels à diviser les os, la fraise ou une petite scie

actionnée par un tour ou l'ostéotome en spirate de Sudeck ou de Cryer. M. V. P. Blair a préconisé une méthode ingénieuse : il fait une incision verticale de 12 mm. de long postérieure au ramus par laquelle on introduit une grosse aiguille dans l'incision derrière le ramus, aiguille qu'on fait ressortir par la joue. Avec cette aiguille on fait passer au travers des tissus une scie Gigley. Un petit tube de métal est rabattu sur la scie par la perforation dans la joue pour empêcher la lacération de la face ; puis, en tirant simplement la scie en avant et en arrière, on divise le ramus. Si on le désire, celui-ci peut être divisé par l'intérieur de la bouche. On fait l'incision de Paravicini verticale au travers de la membrane muqueuse jusqu'au côté intérieur et en avant du bord antérieur du ramus. Par cette incision, les tissus peuvent être séparés de la face intérieure du ramus et l'os peut être divisé par une gouge, une fraise ou un autre instrument.

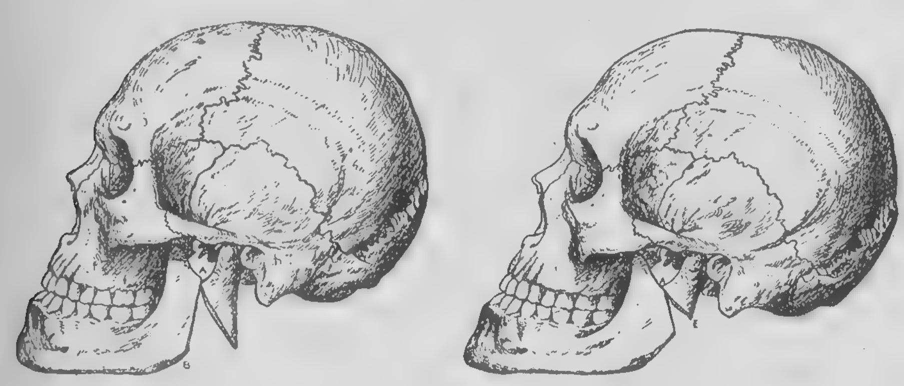


Fig. 17. Fig. 18.

17. Déplacement des fragments osseux en corrigeant la difformité par l'incision A B.
18. Correction de la difformité par la division de la branche à la base du condyle : ligne d'incision aisée à suivre pour la formation d'une fausse jointure.

D'après cela il est clair qu'on peut pratiquer sur les mâchoires une série d'opérations de correction. Dans certains cas il peut être sage de réduire la dimension de l'arcade par la méthode de Hullihen ou d'Angle. On peut désirer mobiliser et déplacer le procès alvéolaire ou, tout en conservant toute la dimension de l'arcade, mobiliser le corps du maxillaire par des incisions dans le ramus par une des méthodes décrites ci-dessus. En sectionnant les branches montantes dans certains cas, au lieu d'une section transversale, il peut être avantageux d'en faire une oblique de l'angle du maxillaire en haut et en avant pour éviter les attaches ligamenteuses et musculaires et permettre d'obtenir une plus grande mobilité du corps du maxillaire.

Quelques-unes des opérations indiquées ci-dessus peuvent être faites, en les modifiant, au maxillaire supérieur, mais le traitement

orthodontique a été si satisfaisant pour corriger les difformités du maxillaire supérieur qu'elles seront rarement nécessaires. On a démontré cependant dans des opérations chirurgicales pour l'enlèvement des tumeurs du pharynx et du nez qu'on peut diviser les maxillaires supérieurs par la ligne médiane et les séparer de façon à avoir accès au pharynx. L'arcade supérieure peut être élargie de la même manière. Des accidents et des opérations montrent également que la partie inférieure du maxillaire inférieur, y compris tout le procès alvéolaire, peut être séparée de l'os et mobilisée de façon à permettre à l'arcade supérieure d'être déplacée ou inclinée. L'os peut être divisé suivant un plan horizontal au-dessus de l'alvéole, comme l'a montré Kocher pour l'ablation des tumeurs. Toutefois l'opération est sanglante et quelque peu difficile et est bien plus sérieuse que presque toutes les opérations décrites pour le maxillaire inférieur. Je considère comme important que les dentistes fassent ce que les procédés opératoires leur permettent de faire actuellement sur le maxillaire. Je considère également comme important que les chirurgiens connaissent mieux l'orthodontie et qu'ils essayent de pratiquer ce genre spécial de chirurgie.

(*Items of interest*, juin 1910.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 8 novembre 1910.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu, le 8 novembre à 10 heures du soir, une assemblée générale extraordinaire, sous la présidence de M. Heïdé, vice-président.

Le secrétaire général indique le but de cette réunion, qui est de ratifier un certain nombre de modifications apportées au règlement intérieur, et votées par la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris réunie en assemblée générale extraordinaire le même soir.

Ces modifications qui figurent aux pages 31, 32, 33, 34, de la brochure rouge de 1910 sont adoptées sans débats.

M. Heïdé, vice-président, propose d'ajourner les présentations et les communications, et de lever la séance en marque de sympathie pour le nouveau président de la Société d'Odontologie, M. Godon, qui vient d'être éprouvé par un deuil cruel.

La séance est levée à 10 h. 1/4.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

Séance du 6 décembre 1910.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle à l'Ecole dentaire de Paris, le 6 décembre 1910, à 9 heures, sous la présidence de M. Godon.

Le secrétaire général donne lecture du procès-verbal de l'assemblée générale extraordinaire de novembre, qui est adopté.

Le président donne la parole à M. Mendel-Joseph, président sortant.

I. — ALLOCUTION DE M. MENDEL-JOSEPH, PRÉSIDENT SORTANT.

M. Mendel-Joseph. — C'est seulement quelques mots que je me propose de vous adresser aujourd'hui. En quittant ce poste, je tiens à vous dire que l'année passée au milieu de vous à diriger vos travaux restera parmi les souvenirs les plus doux de ma carrière professionnelle. Je voudrais aussi vous remercier non seulement de m'avoir rendu ma tâche extrêmement facile, mais encore de l'avoir rendue

agréable. En réalité ai-je besoin de vous remercier des sentiments de courtoisie et d'urbanité dont vous avez fait preuve ? Ces sentiments-là sont tellement fondamentaux chez vous que vouloir vous en remercier, c'est vouloir vous être désobligeant et je ne saurais vous donner l'exemple d'une pareille ingratitude.

Je voudrais aussi remercier les membres du bureau de la Société d'Odontologie qui en toutes circonstances ont fait preuve de bienveillance, de sentiments de cordialité et, j'oserai dire, de déférence à mon égard qui m'ont infiniment touché.

Aujourd'hui je vais céder la place à un homme éminent, ce qui certes flatte mon amour-propre. M. Godon a pris cette nouvelle charge au milieu d'occupations très multiples, et je suis persuadé que, s'il a consenti à venir présider nos séances, c'est qu'il espère y trouver une nouvelle occasion de faire une œuvre professionnelle utile. Il est tout à fait superflu de vous dire qu'en cette circonstance, comme partout ailleurs, notre président sera, suivant la formule anglaise, « the right man in the right place ». Je l'en félicite au nom de la Société et je m'empresse de laisser la place à notre nouveau président.

II. — Allocution de M. Godon, président.

Au moment où M. Godon commence la lecture de son discours, les membres de l'*American Dental Club of Paris* font leur entrée dans la salle. M. Godon leur adresse quelques paroles de bienvenue et prononce l'allocution qui suit :

Mes chers collègues,

Ma surprise a été grande quand une lettre de notre secrétaire général m'a appris que vous m'aviez élu président de la Société d'Odontologie à la presque unanimité des suffrages. C'était là, en effet, un honneur auquel j'étais loin d'aspirer, ayant déjà la charge de la présidence du Groupement, de la présidence de la Société de l'Ecole et du Dispensaire, de la Direction de l'Ecole et de la Direction de *L'Odontologie*. J'étais tenté de refuser ce poste nouveau et de le laisser à un collègue moins occupé et plus en état, par suite, de diriger vos débats ; mais, considérant que cette désignation flatteuse était, de votre part, un nouveau témoignage de sympathie et un encouragement dans la voie que je suis, dont il y a lieu de se sentir très honoré, je me suis décidé à accepter mon élection.

Les membres du bureau m'ont dit qu'il y avait dans cette élection encore un autre motif : le désir de continuer la tradition suivant laquelle les professeurs de l'Ecole qui ont pris part aux travaux de la Société et s'y sont intéressés sont appelés à tour de rôle à occuper ce fauteuil.

Il m'a bien semblé que mon tour devait être passé depuis longtemps. Il est vrai qu'à cela il y a une raison, toujours la même : les multiples

fonctions que j'ai toujours cumulées dans notre groupement professionnel. Ainsi je me souviens qu'en 1889, alors que j'étais vice-président de cette Société, je fus proposé pour la présidence ; mais j'étais à cette époque professeur et directeur adjoint de l'Ecole et je m'occupais, en qualité de secrétaire, de l'organisation du 1er Congrès dentaire international de Paris. Je dus donc laisser la présidence à mon regretté collègue et ami M. Paul Dubois. Depuis lors j'ai eu l'insigne honneur et la lourde charge d'organiser avec mon ami Sauvez et de présider le 3e Congrès dentaire international de Paris en 1900, qui, par la part que les deux Sociétés odontologiques de Paris ont prise à son organisation, pouvait être considéré comme une de leur session, très agrandie, il est vrai, de sorte que j'étais en droit de croire que j'étais en règle avec la tradition. Mais vous en avez décidé autrement et vous avez considéré que je devais assumer encore cette présidence au même titre que mes collègues qui m'y ont précédé. Je m'incline devant votre décision. Quelle que soit la pensée qui vous a dicté votre choix, je vous adresse, mes chers collègues, mes vifs et sincères remerciements.

Je me félicite de cette nomination non seulement à cause du caractère que vous lui attribuez et que je viens de rappeler, parce que cette session de 1910-1911 est le commencement d'une nouvelle période, celle de l'entente avec une société sœur, la Société odontologique de France, que nous inaugurons ce soir, comme conséquence du contrat d'entente entre les deux écoles. Ces réunions communes donneront, je l'espère, une intensité de vie plus grande, un regain d'activité scientifique, peut-être un plus vif éclat à nos travaux, dont la science odontologique sera appelée à bénéficier, et je souhaite la bienvenue au président et aux membres de cette Société présents ce soir à cette réunion, ainsi qu'aux membres de l'Americain dental club de Paris qui ont bien voulu venir se joindre à nous pour applaudir l'intéressante communication que leur président, le Dr Jenkins doit nous faire.

Je vous remercie également de m'avoir donné comme collaborateurs, dans votre bureau, des collègues sur le concours desquels je sais pouvoir compter et avec lesquels cette collaboration sera facile et agréable. J'ai le grand plaisir de voir parmi eux mon ami Heïdé, un des diplômés de la première heure, qui fut pendant si longtemps un des professeurs les plus appréciés de l'Ecole et dont il est resté un des fermes soutiens. Après avoir été à la peine, il est bien légitimement aujourd'hui à l'honneur.

Il succède comme vice-président à M. Blatter, le si sympathique et si dévoué secrétaire général de l'Ecole. Je suis heureux de retrouver comme second vice-président M. G. Robin, à qui le Conseil de l'Ecole vient de confier en qualité de chef des travaux pratiques la direction de l'enseignement de la dentisterie opératoire, et comme

secrétaire général M. Dreyfus, qui a bien voulu assumer pendant une nouvelle période de trois ans cette charge dont il s'est acquitté si consciencieusement, avec un dévouement et, je puis ajouter, un courage, auxquels je me plais à rendre publiquement justice.

Enfin je salue l'entrée dans ce bureau de M. Pailliottin, qui a déjà rempli à la satisfaction générale des fonctions analogues dans les congrès de la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences à Lille et à Toulouse. Il y remplace M. G. Villain que ses fonctions multiples dans l'enseignement de l'Ecole ont obligé à se retirer. Ils représentent dignement ici les uns et les autres le jeune et actif corps enseignant de l'Ecole dentaire, celui qui prépare avec science et clairvoyance l'avenir de l'odontologie française.

Un de mes premiers devoirs doit être d'adresser des remerciements au bureau sortant et à son distingué président, mon estimé collègue M. Mendel-Joseph, qui a présidé avec tant de compétence vos discussions mensuelles cette année. Et vous estimerez certainement avec moi que les félicitations que nous lui avons déjà adressées pour sa belle et courageuse défense du chirurgien-dentiste et des principes odontologiques au dernier Congrès international d'hygiène scolaire, auquel il prit une part si active comme votre délégué, doivent lui être renouvelées ici. Il y avait, en effet, quelque mérite à dire et à démontrer dans ce milieu particulier que le diplôme médical, s'il ajoute quelque chose au titre du chirurgien-dentiste et à ses connaissances générales, n'augmente en aucune façon son savoir et son habileté professionnelles et que dans bien des cas il s'obtient même au détriment du perfectionnement de son habileté manuelle.

Il fallait que cela fût dit, et cela l'a été avec l'autorité qui s'attache à ses titres de docteur, de chirurgien-dentiste et de professeur et avec cette élégance de forme que nous apprécions chez M. Mendel-Joseph. Nous ne pourrions trop lui en savoir gré.

En prenant place à ce fauteuil je ne puis m'empêcher d'éprouver une grande satisfaction de voir le développement pris par notre Société depuis sa fondation, satisfaction à laquelle se mêle une pointe de légitime orgueil, parce que — permettez-moi de vous le rappeler — je suis un des artisans de cette fondation, hélas ! bien peu nombreux aujourd'hui. C'est en effet dans le *projet de fondation d'une école professionnelle de chirurgie et de prothèse dentaire* que je présentais au Cercle des dentistes de Paris, le 4 décembre 1879, que figure, à l'article relatif à la *Faculté de l'Ecole,* la première mention de notre *Société odontologique.* En voici les dispositions :

Art. 23. — Les professeurs de l'Ecole dentaire se réunissent une fois par mois, formant ainsi une sorte de haute Société odontologique, chargée de donner à l'art dentaire en France une vive impulsion et

dont ils devront, dans leurs premières réunions, arrêter les statuts.

Art. 24. — Cette Société odontologique prendra le nom d'Académie des sciences dentaires de Paris (Ce titre un peu prétentieux pour une jeune société dentaire devait bientôt faire place au titre plus modeste d'*Association scientifique de l'Ecole dentaire de Paris*).

Art. 25. — Un compte rendu de ses séances, qui seront publiques, sera adressé aux journaux de la profession.

Art. 26. — Elle pourra s'adjoindre des dentistes connus par leur mérite et les services rendus à l'art dentaire, soit comme membres actifs, soit comme membres correspondants (français ou étrangers).

Je rappelle que le projet, après de légères modifications, fut adopté par le Cercle à la suite d'un rapport de Jourd'heuil, le 25 mars 1880.

Au mois de novembre suivant, la première Ecole dentaire créée en France ouvrait ses portes aux élèves et aux malades.

Un an après, à la suite d'une convocation que j'avais adressée à tous les professeurs de l'Ecole pour procéder à la fondation de la Société odontologique prévue dans le projet de création de l'Ecole dentaire de Paris, le 6 décembre 1881, avait lieu, sous la présidence de M. Pillette, professeur de prothèse, une réunion préparatoire dans laquelle je remplissais les fonctions de secrétaire général. A cette réunion étaient présentes vingt-sept personnes, parmi lesquelles MM. G. Viau et Levett, qui se retrouvent ce soir parmi nous. Cette réunion comprenait les premiers professeurs et les premiers diplômés de l'Ecole, ces derniers admis à concourir avec leurs maîtres à la fondation d'une Société odontologique sur les bases précitées. J'y donnai lecture d'un projet de statuts pour servir de point de départ aux travaux de la réunion et proposai la nomination d'un comité d'organisation de neuf membres : trois professeurs non-dentistes, trois professeurs dentistes et trois diplômés.

Le 30 décembre, la deuxième réunion préparatoire se tenait sous la présidence de M. Emmanuel Lecaudey avec dix-huit membres présents.

Le rapporteur y rendit compte des travaux du Comité d'organisation, exposant que celui-ci, reculant devant la fondation d'une Société odontologique proprement dite, distincte de la Société de l'Ecole, proposait de se contenter d'une association scientifique à base plus restreinte, comprise dans l'Ecole dentaire, c'est-à-dire ayant pour base son corps enseignant.

Le projet de règlement préparé fut approuvé avec diverses modifications et la nomination du bureau fut renvoyée à l'assemblée générale de janvier 1882. Ce règlement comprenait vingt-trois articles, qui sont à peu près les mêmes que ceux qui nous régissent aujourd'hui, et disait dans son article 2 : « La Société prend le titre d'*Association scientifique de l'Ecole dentaire de Paris* ».

Le 17 janvier 1882 cette association constituait son bureau avec Lecaudey, président, et le 24 janvier elle tenait sa première séance de communications.

Le 25 mars 1884 était adopté un rapport que j'avais l'honneur de présenter et qui concluait à l'adoption d'une proposition de fusion, émanant de MM. Richard-Chauvin et P. Dubois, des différentes sociétés professionnelles (Cercle des dentistes de Paris, Chambre syndicale des dentistes français, cette dernière fondée en 1882) et aboutissant à la réunion, sous le titre d'*Association générale des dentistes de France*, de toutes les Sociétés de notre Groupement créées depuis 1879 avec un règlement intérieur modifié d'après la nouvelle organisation du groupe.

La reconnaissance d'utilité publique de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris prononcée le 19 février 1892 nécessita, comme vous savez, une scission dans l'Association générale, qui fut divisée en deux sociétés comprenant plusieurs branches ou subdivisions et administrées chacune par un Conseil de direction différent, comme nous le voyons aujourd'hui. Cette scission, décidée dans l'assemblée générale du 31 mai 1892, rattacha, sur le rapport de M. Tusseau, la Société d'Odontologie à la Société de l'Ecole.

De nouveaux règlements intérieurs furent élaborés pour chacune de ces deux sociétés : celui de la Société d'Odontologie fut présenté par M. P. Martinier, secrétaire général, et adopté dans la séance du 7 mars 1893. Il modifiait profondément la composition de la Société, qui ne comprend plus comme membres titulaires que les membres de la Société de l'Ecole, c'est-à-dire les membres habitant le département de la Seine, les autres membres figurant seulement comme membres correspondants.

Puis un nouveau règlement intérieur figure dans l'annuaire du groupement de 1904-1905.

Enfin, il a été adopté par l'assemblée générale extraordinaire qui s'est tenue le mois dernier un règlement intérieur ajoutant quelques nouvelles dispositions à celui qui nous régissait précédemment, mais qui n'en modifie pas l'organisation générale. Elles tendent seulement à maintenir le règlement intérieur en complète harmonie avec celui de l'Ecole.

Cet historique montre bien que la Société d'Odontologie de Paris n'est pas, au sens véritable du mot, une société ayant une existence propre : c'est plutôt une Commission scientifique de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, ou plutôt celle-ci envisagée sous un autre aspect, s'occupant d'autre chose que d'enseignement, d'assistance et d'intérêts professionnels et prenant à cette occasion un autre nom précisant mieux le but qu'elle poursuit dans ce cas.

C'est d'ailleurs ce que disaient à peu près les statuts de 1882 dans l'article 1er : « Il est institué à l'Ecole dentaire de Paris une Association scientifique ayant pour but, etc. » C'est ce que disait plus nettement le règlement intérieur de 1884 dans l'article 1er également : « Il est institué par l'Association générale des dentistes de France une réunion scientifique ayant pour but, etc. ». Aux termes de ce règlement la Société se composait de membres titulaires, qui étaient le directeur, le Corps enseignant et les diplômés de l'Ecole, les dentistes et les médecins, membres de l'Association générale ou non, après un travail présenté intéressant l'odontologie. Toute personne devenant membre de la Société d'Odontologie devenait par le fait membre de l'Association générale et son admission était soumise à l'approbation du Conseil de direction de l'Association générale.

Les membres titulaires de province prenaient le titre de membres correspondants.

Le règlement intérieur de 1893 porte également que toute personne devenant membre de la Société d'Odontologie devient par le fait membre de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, mais son admission est soumise à l'approbation du Conseil de direction.

Le règlement intérieur de 1904 précise nettement dans son article 3 que la Société d'Odontologie se compose de tous les membres de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris. Cette disposition n'a pas varié depuis et figure naturellement dans le règlement approuvé dernièrement. On pourrait dire que c'est un peu, les attributions en moins, comme le Conseil municipal de Paris qui siège parfois comme Conseil général de la Seine avec l'adjonction des conseillers de la banlieue.

J'ai voulu vous montrer ainsi que la conception qui a présidé à la création de la Société d'Odontologie de Paris il y a trente ans et que la tradition qui s'est conservée depuis pendant toute cette longue période de son évolution sont qu'elle a été, qu'elle est et qu'elle doit rester une commission scientifique de l'Ecole dentaire de Paris, c'est-à-dire une réunion des membres de son corps enseignant, de ses diplômés et, par extension, de ses membres titulaires et correspondants, et dont profitent ses élèves.

Cette organisation très pratique a l'avantage de lui assurer très largement son matériel par la Société de l'Ecole, tout en réduisant à la forme la plus rudimentaire sa partie administrative.

Le bureau de la Société n'a donc qu'à s'occuper exclusivement de la direction scientifique pour laquelle il a, avec la liberté la plus étendue, les plus grandes facilités par le personnel de l'Ecole et de son Dispensaire. A plusieurs reprises quelques-uns de ses membres se sont demandé si la Société d'Odontologie n'aurait pas quelques

avantages à se séparer de la société mère, à devenir une société autonome, comme l'a fait, il y a quelques années, la Société odontologique de France à l'égard de l'Association de l'Ecole odontotechnique. Je ne vois pas bien ce qu'elle gagnerait à cette séparation. En revanche, je vois très bien ce que la Société d'Odontologie, l'Ecole et tous ses membres perdraient à cette inutile complication. Il faut simplifier autant que possible nos organismes professionnels pour, de tous nos efforts combinés, obtenir la meilleure utilisation dans l'intérêt général.

Vous m'excuserez certainement, mes chers collègues, de ce long retour sur le passé ; mais le plus souvent le passé est nécessaire pour expliquer le présent, et si j'ai désiré vous montrer combien nos débuts ont été modestes, c'est pour vous faire mieux voir et mieux apprécier le chemin parcouru.

Dans ces 29 années, 22 présidents se sont succédé, de 1881 à 1910: 1881 à 1886 Lecaudey; 1887 et 1888 Poinsot; 1889 et 1890 P. Dubois; 1891 et 1892 Gillard, morts tous les quatre; 1893 et 1894 G. Viau ; 1895 Francis Jean ; 1896 P. Martinier ; en 1897 Papot qui est disparu également ; 1898 J. d'Argent ; 1899 L. Lemerle ; 1900 Richard-Chauvin ; 1901 E. Sauvez ; 1902 M. Roy ; 1903, J. Choquet ; 1904 Loup ; 1905 L. Delair ; 1906 Frey ; 1907 Touvet-Fanton ; 1908 Touchard ; 1909 Barrié ; 1910 Mendel-Joseph. Tous professeurs dans cette école, sauf le premier président Lecaudey, ils ont laissé une trace importante de leur passage à la tête de la Société ; leur nom est attaché à quelque progrès scientifique ou technique. Mais toujours, quel qu'ait été le président, il est une autre tradition qui à été par tous respectée et transmise d'une manière ininterrompue : laisser au seuil de cette porte toute question de rivalité professionnelle, toute question de personne, toute question de politique corporative, pour n'avoir qu'un but devant les yeux, celui qui est inscrit dans tous nos règlements, *vulgariser les connaissances acquises ayant rapport à l'art ou à la science dentaire et produire et discuter des faits nouveaux*. Le progrès de la science odontologique : telle a été la devise de tous ces présidents.

L'aménité des relations dans cette société est une de ses qualités dominantes et celle que votre bureau doit s'efforcer de développer et de maintenir.

Ce sera, croyez-le bien, ma constante préoccupation de garder et de continuer intacte cette bonne tradition, en faisant appel à vos sentiments de bonne confraternité pour amener l'apaisement, provoquer partout l'entente, maintenir l'union nécessaire pour le progrès, et, pour la réaliser, conserver au milieu des discussions les plus vives la courtoisie la plus parfaite.

Depuis le jour où fut fondée cette réunion la science dentaire, plus peut-être que d'autres sciences, a accompli une évolution complète et des plus intéressantes, nos connaissances se sont étendues considérablement, de nouveaux médicaments ont augmenté la puissance de notre thérapeutique, notre technique s'est perfectionnée, tout a subi la loi du progrès, notre arsenal opératoire s'est transformé. Combien de méthodes en vigueur, il y a trente ans sont abandonnées aujourd'hui ! Les anesthésiques locaux, presque inconnus alors, sont devenus légion à l'heure actuelle ; l'instruction du dentiste, laissée autrefois à sa libre appréciation, est déterminée par la législation ; l'exercice de la profession, dont l'Etat n'avait cure, est réglementé ; des centres d'enseignement, des journaux dentaires ont été créés. La chirurgie dentaire s'est considérablement modifiée, la technique et la prothèse se sont enrichies de nouveaux moyens ; l'orthodontie s'est révélée comme une spécialité nouvelle.

Et toute cette évolution de l'odontologie a son histoire inscrite dans les procès-verbaux de nos séances mensuelles ou dans ceux de nos séances de démonstrations pratiques.

La Société d'Odontologie de Paris a suivi l'évolution dentaire et y a largement contribué. Souvent même des questions de la plus haute portée ont été traitées dans nos séances, et nos discussions, franchissant les portes de cette enceinte, ont trouvé parfois un écho au dehors. Souvent même quelques-uns des sujets traités ici ont, suivant moi, dépassé le cadre dans lequel nous devrions nous renfermer et qui convient mieux à notre profession.

Mais cela même prouve en faveur de l'évolution du niveau graduel de nos connaissances et de nos préoccupations.

Pourtant il semble qu'il y aurait bien des avantages pour le chirurgien-dentiste moderne à rester dans son domaine, car, quelque limité qu'il paraisse anatomiquement, la dent ou plus exactement la région gingivo-dentaire, avec ses complications immédiates, il est assez vaste pour occuper toute notre activité et pour constituer à lui seul tout le programme de cette société. Nous pouvons laisser à d'autres qualifiés plus spécialement pour cela tous les sujets confinant à la médecine ou à la chirurgie générale. Bornons-nous à bien connaître notre domaine, pour mieux le faire fructifier.

Dans ces trente années d'existence et de fonctionnement la Société fondée et inaugurée avec une vingtaine de membres a vu le nombre de ceux-ci s'accroître dans des porportions considérables jusqu'à atteindre le chiffre de 800 titulaires, honoraires ou correspondants.

Ceci seul suffirait à expliquer son développement dans le passé et ceci seul est un garant de ses progrès dans l'avenir. Mais ce développement et ces progrès sont subordonnés à une condition essentielle : l'étude, le travail personnel, l'effort constant. Que chacun apporte ici

le fruit de ses recherches, de ses essais, de ses découvertes, de ses observations. Il n'est pas de parcelle qu'on doive négliger d'ajouter chaque jour au livre infini du savoir humain. Dans cette sorte de course des flambeaux, renouvelée du jeu antique, nous devons sans cesse courir vers le but en nous efforçant de ne pas laisser s'éteindre le flambeau de la science. Et comme cette course durera autant que notre civilisation elle-même, vos présidents se passeront ce flambeau de main en main, comme je l'ai reçu de mon prédécesseur et comme je le remettrai à mon successeur, en veillant jalousement à ce que sa lumière, loin de rien perdre de sa clarté, devienne encore plus intense et éclaire en resplendissant davantage les parties encore obscures de la science odontologique. *(Applaudissements.)*

III. — TECHNIQUE DES BRIDGES EN PORCELAINE, PAR M. JENKINS.

M. Jenkins donne lecture de sa communication qui est écrite en anglais et que M. Hirschfeld veut bien se charger de traduire période par période.

Cette communication a été publiée dans *L'Odontologie* du 15 janvier, p. 5.

DISCUSSION.

M. Darcissac. — J'ai eu l'occasion de voir des bridges qui ont été faits par M. Jenkins. Ses travaux sont merveilleux. Ses bridges en porcelaine sont tout à fait supérieurs aux bridges en or avec lesquels on ne peut obtenir les mêmes résultats esthétiques, ni les mêmes résultats au point de vue de l'hygiène buccale.

Malgré la perfection du travail, malgré la soudure de titre élevée, on n'obtient pas, avec les bridges en or, des travaux aussi remarquables, on ne peut éviter l'irritation des gencives au niveau des collets, ni l'oxydation de l'or, si minime qu'elle soit. Il faut avec l'or beaucoup de soin pour éviter l'oxydation aux endroits inaccessibles à la brosse.

Les travaux de porcelaine donnent réellement de bons résultats. Je voudrais, de plus, signaler qu'ils sont surtout indiqués chez les personnes d'un certain âge. J'ai vu notamment un patient du Dr Jenkins, qui avait quatre grands bridges en porcelaine, dont l'un a été fait il y a quatre ans, deux faits l'année suivante et le quatrième il y a une année. Les résultats sont absolument parfaits, celui à qui sont faits des travaux semblables doit témoigner une reconnaissance éternelle au praticien qui lui a donné des soins aussi éclairés.

M. Roy. — J'ai été frappé moi aussi des très beaux résultats obtenus par M. Jenkins. Ce qu'il y a de tout à fait intéressant dans l'exposé de M. Jenkins c'est l'étude des piliers dans les bridges, nous savons en effet que cette importance est considérable. Il nous a fait

remarquer un autre point qui est tout à fait spécial aux bridges de porcelaine : c'est l'importance, non plus de l'architecture du bridge, mais bien de sa composition métallurgique au point de vue de sa résistance et de sa solidité.

C'est là un point intéressant, qui montre que M. Jenkins a étudié la question d'une façon tout à fait approfondie. Il y a là toutefois une petite difficulté dans l'exécution de ce travail parce qu'il nécessite des alliages de platine à des titres différents suivant les parties du bridge qu'on doit exécuter. Néanmoins, ainsi que vient de le dire M. Darcissac je crois que les résultats sont tout à fait satisfaisants si j'en juge par la très faible expérience que j'ai à ce sujet.

Je n'ai pas exécuté de bridges en porcelaine, je n'en ai fait que de trop peu d'importance pour qu'ils offrent de l'intérêt. Par contre j'ai eu l'occasion d'en voir dans la bouche de mes malades, notamment à une cliente qui avait un bridge entièrement en porcelaine. Ce bridge, qui était en place depuis huit ou neuf ans, était parfaitement toléré, toutefois, une des dents qui servait de pilier, s'étant ébranlée, j'ai dû couper ce bridge pour l'enlever. J'ai pu constater, à cette occasion, combien cet appareil avait été bien toléré dans la bouche.

Le travail de M. Jenkins constitue une contribution des plus intéressantes à l'étude des bridges en porcelaine et facilitera l'exécution de ces appareils appelés à rendre de nombreux services.

M. Robin. — Je tiens également à féliciter le Dr Jenkins de sa communication, mais je voudrais lui demander quelques explications en plus de celles qu'il a bien voulu nous donner.

Je lui serais d'abord obligé de bien vouloir nous indiquer exactement le rôle qu'il réserve au petit cercle soudé au-dessus de la bague.

En second lieu, je lui demanderai s'il a des raisons particulières pour éviter que l'anneau de platine s'enfonce sous la gencive.

En troisième lieu, le système qu'il préconise s'applique-t-il également aux bridges fixes et aux bridges amovibles ?

J'ai eu l'occasion d'expérimenter sur moi-même un bridge amovible en porcelaine qui s'étendait de la deuxième molaire supérieure droite à la canine droite et que je me suis fait faire en 1901. C'était un bridge à selle. Cette selle était constituée par une plaque mince de platine iridié soudée à la coiffe externe de la couronne fixée sur la molaire ; le squelette de l'appareil était complété par l'addition d'une barre transversale en platine iridié, s'étendant de la molaire à l'extrémité de la selle. Les dents étaient soudées par leurs crampons sur cette barre. Tous les espaces vides furent remplis de porcelaine à haute fusion et de teinte appropriée, tant pour les dents que pour la fausse gencive. Je dois dire qu'au niveau de cette fausse gencive l'épaisseur de porcelaine était plutôt réduite — 1mm à 1mm 1/2 dans certaines parties. — Le bridge paraissait très solide et était parfait

au point de vue esthétique. Pourtant, dès la quatrième année, des fractures se manifestèrent dans la couche de gencive artificielle et le bridge devint bientôt inutilisable.

J'ai attribué cet accident uniquement à la minceur de la couche de porcelaine, mais je pense aujourd'hui, étant donné ce que vient de nous dire le Dr Jenkins, que, dans mon cas, le squelette de platine était également insuffisant quant à la proportion d'iridium. Néanmoins, nous ne devons pas oublier que la résistance de la porcelaine étant fonction de son volume, nous pourrions, je crois, attendre de bons résultats d'appareils présentant une masse suffisante de porcelaine. Je n'en veux pour preuve que les bridges à selle amovibles fabriqués par le Dr Jos. Head de Philadelphie, dont j'ai vu de beaux spécimens, et qui présentent cette particularité de n'avoir pas de selle métallique. La porcelaine s'applique directement sur la crête alvéolaire.

Je serais heureux que le Dr Jenkins nous fît profiter de sa grande expérience en cette matière, et nous donnât quelques précisions à ce point de vue.

Il nous a dit de plus, qu'il ne fallait pas employer de bridges à selle. Je suppose qu'il fait là allusion aux bridges fixes et qu'il ne s'oppose pas à leur emploi dans les bridges amovibles.

En dernier lieu, je lui demanderai s'il reconnaît vraiment à la porcelaine une influence particulière sur la consolidation des racines branlantes et peu valides, et si le bridge en céramique lui paraît supérieur, à ce point de vue, au bridge en or.

M. Hirschfeld. — Permettez-moi de répondre après avoir communiqué au Dr Jenkins les différentes critiques qui ont été faites. En son nom je dirai donc : M. Darcissac a été assez aimable pour confirmer le succès des bridges porcelaine après les avoir étudiés avec le Dr Jenkins lui-même. Il parle surtout de la nécessité ou plutôt des avantages qu'il y a à faire de la porcelaine pour des personnes un peu âgées. C'est un point que personnellement je ne connaissais pas non plus et je suis très reconnaissant pour ma part à M. Jenkins d'avoir parlé de cela. Je crois que tous nous pouvons en faire notre bénéfice.

Ensuite M. Roy a parlé d'un bridge qui avait déjà huit ou neuf ans d'existence, bridge qu'il a cependant trouvé en parfait état. Cela prouve que le Dr Jenkins a raison quand il dit que la porcelaine est tolérée beaucoup plus facilement par les tissus de la bouche que n'importe quel métal.

M. le Dr Robin a posé une question dont je n'ai pas tout à fait saisi le sens. Je me suis peut-être mal exprimé en traduisant. Vous avez demandé à quoi cela sert de fortifier l'anneau qui entoure la racine. Vous avez peut-être compris qu'il faut encore fortifier l'anneau par un fil ?

M. Robin. — J'ai demandé des explications supplémentaires.

M. Hirschfeld. — Il n'est pas question de fortifier l'anneau qui entoure la racine. De toutes façons il est indispensable d'entourer toute racine avec un anneau parce qu'une fracture de racine à la suite de la mastication est presque toujours à craindre, de sorte que pour le Dr Jenkins il est absolument indispensable de procéder comme il l'a dit.

Maintenant en ce qui regarde votre question pour l'emploi des bridges à selles, le Dr Jenkins vous dit qu'il n'emploie jamais les bridges amovibles en porcelaine. Il n'emploie les bridges en porcelaine que pour usage fixe, et dans ces cas-là les bridges à selle sont absolument contraires à toutes règles d'hygiène car les aliments s'y mettront malgré la meilleure adaptation.

Bref il faut éviter les selles et il faut éviter aussi les bridges mobiles.

Maintenant vous avez demandé quelle est à peu près l'épaisseur de porcelaine nécessaire pour empêcher les cassures dans les bridges. Le Dr Jenkins dit ceci : quand l'articulation est assez large, on peut employer des dents en porcelaine qui par leur force propre sont déjà presque suffisantes pour empêcher des cassures pendant la mastication, mais là où l'articulation est réellement basse, le Dr Jenkins emploie toujours des petites cupules qu'il soude en dessous, qui sont remplies de porcelaine. De la sorte ce n'est plus la porcelaine qui supporte la pression, mais ces petites cupules. Vous saisissez parfaitement que lorsque l'articulation est basse la porcelaine par elle-même mise sur une base de platine ne peut pas résister à la mastication : on est forcé d'avoir une base en forme de petite coupe. Ces coupes remplies de porcelaine résisteront parfaitement à la mastication et la cassure du bridge ne sera plus à craindre.

Quand l'articulation est suffisamment grande, les dents employées représentent déjà par elles-mêmes une certaine force et quand le platine en dessous est plus ou moins rempli de porcelaine, une cassure n'est pas à craindre. Mais quand l'articulation est très basse, il est nécessaire de fortifier la porcelaine par une base en forme de coupes.

M. Robin. — En ce qui regarde l'anneau qui entoure la racine le Dr Jenkins a dit : il ne faut pas descendre trop sous le niveau de la gencive.

M. Hirschfeld. — Cet anneau doit être construit de façon à entourer le haut de la racine, mais très, très légèrement. Si vous descendez trop bas, vous êtes presque sûr d'amener des irritations par le fait des dépôts de tartre. Si les anneaux descendent trop bas, la pyorrhée est toujours à craindre. Le Dr Younger, présent ici, vous confirmera cette éventualité observée maintes fois dans sa spécialité.

M. Jenkins dit qu'il y a ici un confrère qui a un bridge dans sa bouche qu'il serait très content de vous faire voir.

M. Robin. — En ce qui concerne l'adaptation sur la racine de la bague de platine, nous agissons de même avec les bagues en or, et l'une des difficultés du décortiquage de la racine consiste justement à léser le moins possible les fibres du péricément. Dans les cas normaux, nous pouvons ainsi, et sans dommage, descendre notre bague sous la gencive à une profondeur de 1 mm. 1/2 à 2 mm.

Permettez-moi d'insister à nouveau sur l'utilité des bridges à selle amovibles en porcelaine. Je considère qu'indépendamment de l'avantage qu'ils présentent en nous fournissant une surface d'appui supplémentaire, ils sont les seuls à nous permettre de combler, et d'une façon particulièrement esthétique, les pertes de substance dues à des résorptions considérables des rebords alvéolaires.

Le Dr Jenkins s'oppose-t-il à l'emploi de ces bridges qui me paraissent satisfaire à toutes les exigences de l'hygiène buccale ?

M. Hirschfeld. — Le Dr Jenkins désire vous dire que lorsqu'un bridge est parfaitement ajusté, rien ne peut y arriver, mais si vous faites un bridge à selle mobile vous êtes presque sûr qu'en quittant et en remettant le bridge un accident peut arriver du fait du maniement de l'appareil par le patient lui-même. Il ne voit aucune nécessité de compliquer le travail en faisant des bridges mobiles à selles.

M. Jenkins présente un patient qui a des bridges en porcelaine dans la bouche. (Le patient est examiné par les membres présents.)

M. le président. — Vous avez tous apprécié combien était intéressante et utile pour nous tous, pour notre profession, cette communication sur les bridges en porcelaine que vient de nous faire M. Jenkins. Le bridge en or s'est très répandu depuis quelques années. Nous en avons tous apprécié l'utilité notamment au point de vue du rétablissement des fonctions de la mastication. Mais chez nous, plus que dans tout autre pays, on a trouvé des inconvénients à ces bridges en or, en ce qui concerne l'esthétique. Nous avons tous souhaité de voir remplacer ces constructions en or par une matière moins visible comme la porcelaine, par quelque chose se rapprochant plus de la nature. Je dis plus particulièrement chez nous parce que c'est en France qu'on a fait les premiers emplois de la porcelaine pour les restaurations dentaires, pour la fabrication des dents artificielles. Mais il y avait à cela des objections : la fragilité de la porcelaine, la difficulté de la construction du bridge. Or M. Jenkins vient de vous montrer qu'il était possible d'obtenir une solidité suffisante et il nous a dit par quels procédés techniques ingénieux il arrivait aux résultats que vous avez vus.

Il fait un peu ce que nous faisons pour les bridges en or, c'est-à-dire des différences dans l'emploi des métaux suivant l'effort que devront supporter les différentes parties du bridge. Vous avez là un

emploi du platine et de l'iridium qui sont heureusement combinés pour supporter les pressions différentes de la mastication. Il est évident que nous connaissions déjà les bridges en porcelaine, mais l'emploi de la porcelaine est-il aussi répandu qu'il devrait l'être ? Je suis sûr que vous répondrez non. Le bridge en porcelaine ne remplace pas le bridge en or aussi souvent que cela serait possible par suite des difficultés d'exécution.

Le confrère qui vient de nous faire part de ses essais, de ses expériences, de sa technique spéciale, nous aura rendu service comme lorsqu'il a doté la profession de procédés et de matériaux pour l'emploi des inlays qui sont universellement répandus. Au nom de la Société d'Odontologie j'adresse au Dr Jenkins nos plus sincères remerciements.

L'excellent et trop timide interprète M. Hirschfeld a déjà disparu avec M. Jenkins, je suis sûr d'être à mon tour l'interprète de l'assemblée en lui adressant nos remerciements sincères.

Avant de donner la parole à M. Henri Villain pour sa communication, permettez-moi d'ajouter un mot aux paroles que je viens de prononcer.

Quelques confrères de Paris, et je dirai même d'Europe, ont l'intention de faire une manifestation en l'honneur du soixante-dixième anniversaire de notre confrère Jenkins ce mois-ci.

Ils m'avaient fait l'honneur de m'inviter à cette manifestation, ainsi que le président de l'Association générale syndicale des Dentistes de France, M. Francis Jean, le président de l'Association odontotechnique, M. Siffre. Nous avons pensé que la Société d'Odontologie voudrait s'associer à cette manifestation en l'honneur d'un confrère qui a consacré toute sa vie à travailler pour la profession, qui a doté la profession, comme je vous l'ai dit tout à l'heure, de matériaux qui nous ont rendus et nous rendent tous les jours de grands services. Par conséquent nous voulons nous associer à cette manifestation et celle que vous avez faite spontanément tout à l'heure me montre que vous êtes en communion d'idées avec nous. Je pense donc que vous voudrez bien accepter la proposition du bureau de la Société d'Odontologie : de charger l'un de nous de remettre à M. Jenkins, à l'occasion du banquet qui aura lieu prochainement, une médaille d'or au nom de la Société d'Odontologie de Paris, comme celle que l'on a remise à Cunningham, de Cambridge et à Guérini, de Naples.

M. Francis Jean. — Si je prends la parole un instant c'est pour vous déclarer que je suis un admirateur de M. Jenkins qui a fait pour l'art dentaire des choses qui marquent un réel progrès.

J'estime qu'un confrère qui honore la profession en la dotant de procédés si artistiques, comme la porcelaine employée comme matière d'obturation, mérite que nous lui témoignions notre admiration.

Je le ferai très prochainement, chargé par le bureau de l'Association et au nom de l'Association générale de prendre la parole à la fête qui sera donnée en son honneur le 29 décembre prochain.

M. Siffre. — M. Godon vous a dit que la Société odontologique de France prendrait sa part à la manifestation de sympathie et d'admiration qui s'organise en l'honneur du Dr Jenkins. Je confirme ses paroles. La Société odontologique de France fera exactement ce que vous venez de faire pour le Dr Jenkins.

Nous aurons aussi à lui annoncer pour notre part (ce que nous faisons quelquefois pour d'éminents confrères), que la Société odontologique de France l'a nommé son président d'honneur.

L'assemblée décide à l'unanimité de décerner à M. Jenkins une médaille d'or qui lui sera remise au banquet du 27 décembre.

IV. — Le scellement des bridges a la gutta ; présentation d'un appareil a ramollir la gutta destinée au scellement des bridges ; présentation d'une pince pour l'enlèvement des dents a pivots et des bridges, par M. H. Villain.

M. Henri Villain donne lecture de ses deux communications. Il démontre expérimentalement l'emploi de son four électrique et présente sa pince. (V. *Odontologie*, 15 janvier, p. 10.)

Discussion.

M. Georges Villain. — Je désire vous dire deux mots seulement pour vous faire part de mon expérience des scellements de bridges à la gutta. Depuis plusieurs années déjà j'ai complètement cessé, je dis complètement, de sceller les bridges avec du ciment. J'ai toujours employé depuis de la gutta-percha dure de Doherty qui se ramollit à un degré sensiblement plus élevé que la gutta qu'on vient de vous présenter.

J'ai scellé de cette façon des bridges à un seul point d'appui pour lesquels on a fréquemment discuté la possibilité d'un scellement à la gutta. Ces bridges sont en bouche depuis deux ou trois ans, sans qu'il y ait trace de descellement. J'ai essayé d'enlever l'un de ces bridges à froid sans y réussir, il m'a fallu chauffer fortement pour y parvenir. C'est vous dire que la gutta est un mode de scellement préférable à tout autre mode de scellement.

Il y a beaucoup de difficultés à ramollir la gutta-percha de Doherty dans les couronnes. Il faut y adjoindre de l'essence d'eucalyptus et, pour ce faire, on doit posséder un tour de main assez long à acquérir. J'ai essayé à la clinique sans y réussir de le faire prendre aux élèves.

Il faut mettre une petite gouttelette d'essence d'eucalyptus et la faire s'imprégner dans la gutta par une trituration à la spatule, ce travail doit se faire dans la couronne, puis il faut chauffer pas mal le bridge, ce qui présente un inconvénient lorsqu'on le présente dans la bouche du patient. Avec le four qu'on vient de vous montrer, la gutta est suffisamment liquéfiée sans eucalyptol, le ramollissement et la trituration se faisant sur le plateau du four il n'y a pas besoin de trop chauffer le bridge, de plus la gutta devient beaucoup plus molle, de sorte que le scellement se fait exactement comme avec du ciment.

Ayant l'habitude de rechercher pour toute chose le point à critiquer je dirai maintenant que l'auteur a oublié de vous dire deux choses : 1° ce four doit nous être excessivement utile pour sceller provisoirement nos bridges. J'estime en effet qu'il est préférable de pouvoir nous rendre compte de leurs fonctions dans la bouche, il peut y avoir des petits points ayant échappé au moment de leur construction notamment pour l'occlusion. Il est parfois utile, lorsque nous faisons des bridges à un seul point d'appui, de nous rendre compte du résultat des efforts supportés par ce bras de levier et dans ces cas il est de beaucoup préférable de les placer provisoirement pendant vingt-quatre heures. Il vaut donc mieux pour cela employer de la gutta. Pour ma part je scelle provisoirement mes bridges avec de la gutta molle. Sur ce four on la ramollit très facilement et très rapidement. Par conséquent il peut rendre de sérieux services même à ceux qui préféreraient le scellement définitif au ciment.

2° Quant à la pince qu'il vous a présentée, et que je trouve très bien, M. Henri Villain vous a dit qu'un des mors contient du plomb. Or je crois que vous ferez bien pour cette raison de ne pas oublier de procéder à un sérieux dérochage avant de passer le bridge descellé au feu !

M. Henri Villain. — Ce qui vient d'être dit à propos de ma pince n'est pas tout à fait juste, car lorsque je m'en sers mon bridge est froid et par conséquent le plomb de ma pince ne s'attache pas du tout après lui.

Quant à l'utilisation de mon four pour ramollir la gutta molle, tout le monde a compris que ce qu'on peut faire avec la gutta molle on peut à plus forte raison le faire avec la gutta molle en vertu de l'adage : « Qui peut le plus peut le moins ».

M. le président. — Nous avons fort apprécié les communications et présentations que vient de nous faire M. Henri Villain.

Nous connaissons les difficultés de l'extraction des bridges et des dents à pivot et il est évident que cette pince spéciale peut nous rendre des services. Ce qui nous en rend et nous en rendra encore plus, c'est ce petit four que pour ma part je trouve très bien pour le ramollissement de la gutta. Il est entendu que la gutta doit remplacer

le ciment pour le scellement des couronnes et des bridges ; nous sommes tous de cet avis, j'en suis convaincu et je l'ai appliquée depuis longtemps déjà. Ceux qui ont essayé de sceller à la gutta connaissent les petites difficultés techniques qu'on éprouve à placer le bridge.

Le procédé qui nous est présenté est excellent puisque vous avez vu que la gutta arrivait à être presque complètement en fusion et que le scellement se faisait très facilement. M. Henri Villain vous a montré également que la petite pièce qui se trouvait fixée sur le modèle ne pouvait pas être retirée en tirant sur le bridge, mais qu'on pouvait ensuite l'enlever très facilement en chauffant un peu à l'aide de la poire à air chaud, principal avantage du scellement à la gutta-percha.

J'insiste aussi sur une observation de M. Georges Villain.

A mon avis les bridges ne doivent pas être fixés définitivement le premier jour, ils doivent être fixés provisoirement, car il y a toujours un point d'articulation qui a échappé et qui peut être cause de la fracture des dents de porcelaine ou de périodontite des supports, ce à quoi vous remédiez très facilement si vous scellez provisoirement votre bridge à la gutta.

Je félicite donc M. Henri Villain de sa très intéressante communication et je le remercie au nom de la Société d'Odontologie.

Je remercie également M. Villain, et je le prie de remercier aussi la Société Française du petit chauffe gutta qu'elle veut bien offrir à l'Ecole.

Nous avons dû placer en tête de notre ordre du jour la communication de M. Jenkins pour les motifs que vous savez, mais voilà deux fois que, si je ne me trompe, nous dérangeons M. Frey. Nous n'arrivons à le faire passer ce soir qu'en fin de séance, mais je vous demande toute votre attention pour la très intéressante communication qu'il va vous faire.

Vous savez que nous nous occupons de la classification des malpositions dentaires depuis quelque temps. Une commission a été nommée il y a deux ans pour l'étude de cette question, mais cette Commission en est encore à tenir sa première réunion.

Je suis sûr que le travail de notre ami Frey va faciliter celui de la Commission, je vous demande de lui réserver toute votre attention.

V. — Essai de terminologie des malpositions dento-maxillaires, par M. Frey.

Cette communication a été publiée. (V. *Odontologie*, 30 décembre 1910 et 30 janvier 1911.)

M. le président. — Il est beaucoup trop tard pour entreprendre la discussion de l'important travail de M. Frey. Du reste vous compre-

nez tous, qu'il est nécessaire de le lire attentivement pour pouvoir y répondre.

Je prierai donc tous ceux qui auraient désiré prendre la parole ce soir, particulièrement notre ami Georges Villain, s'ils avaient quelque chose à dire, d'attendre une prochaine séance. Cela sera alors très intéressant pour nous tous d'écouter les observations qu'ils ont à faire, Villain pourra répondre aux critiques qui lui ont été adressées par M. Frey.

Vous avez vu d'ailleurs qu'il est en bonne compagnie avec nos maîtres de l'orthodontie moderne, Case et Angle, il peut donc attendre au mois prochain pour répondre.

Je suis d'autre part sûr que vous êtes tous unanimes avec moi pour remercier M. Frey de son très intéressant et très important travail.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
H. DREYFUS.

NÉCROLOGIE

L. D. Shepard.

On annonce la mort, à l'âge de 73 ans, de M. L. D. Shepard, chirurgien-dentiste à Boston (Etats-Unis). Professeur-adjoint de dentisterie opératoire à l'Ecole dentaire de Harvard de 1868 à 1879, professeur de 1879 à 1882, il fut le fondateur (1863) de l'Association dentaire de Connecticut Valley.

Membre de nombreuses sociétés dentaires américaines, il fut président de l'Association dentaire américaine en 1879 et du Congrès dentaire international de Chicago en 1893.

Il écrivit dans les journaux dentaires depuis 1865 jusqu'à ces dernières années.

Arloing.

Nous apprenons la mort subite, à Lyon, du professeur Arloing, directeur de l'école vétérinaire de Lyon. Professeur de médecine expérimentale à la Faculté de médecine, correspondant de l'Institut, de la Société nationale d'agriculture, associé national de l'Académie de médecine, membre de plusieurs académies et sociétés scientifiques, il avait publié de nombreux ouvrages. Ses travaux sur la biologie, la tuberculose bovine, la maladie du charbon ont consacré sa réputation universelle. Il avait présidé le 4ᵉ Congrès dentaire national de Lyon (1898) et il devait présider le Congrès de l'A. F. A. S. à Dijon en 1911.

M. Arloing était commandeur de la Légion d'honneur.

Notre confrère M. Bonnard, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'avoir la douleur de perdre sa mère, décédée le 19 mars, à l'âge de 72 ans.

Nous adressons à notre confrère et à sa famille nos sincères sentiments de condoléance.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Par décision du Conseil d'administration du 16 mars 1911 mise à l'unanimité et avec félicitations, M. G. Robin a été nommé professeur titulaire de dentisterie opératoire.

Distinctions honorifiques.

Nous relevons les distinctions honorifiques suivantes dans le *Journal officiel* des 2, 12 et 13 mars 1911, conférées par le Ministre de l'Instruction publique.

1° Membres de l'E. D. P. et A. G. S. D. F.

Officiers de l'Instruction publique.

MM.
Carré Georges, Paris.
Maurou, Paris.
Tournier Jules, Lons-le-Saulnier.
Wisner Camille, Paris.

Officiers d'Académie.

MM.
Beumant Henri, Le Mans.
Raymond Lemière, Paris.
Georges Robin, Paris.
Quillet, Paris.
Zimmermann, Paris.

2° Autres membres de la profession.

Officiers de l'Instruction publique.

MM.
Mme Avice, Paris.
Bareillier Georges, —
Boisgontier Alexandre, —
Courtin Jean-Baptiste, —
Gaumerais Maurice, Paris.
Nivet Jean-Claude, —
Porentru Robert, Périgueux.
Ségal Maurice, Paris.

Officiers d'Académie.

MM.
Blondel Joseph, Verdun.
Boileau Désiré, Paris.
Buchet Joseph-Emile, Mazamet.
Candau Albert-Jean, Paris.
Chéry, —
Chesnet Constant, —
Clarke Alfred-James, —
Dethès André-Henri, Marseille.
Katz Albert, Paris.
Klein Henri-Antoine, Paris.
Lebled Pierre, Avranches.
Martineaud Léon, Libourne.
Mathey Pierre, Paris.
Nogués Evariste, Dax.
Paraz Jean-Louis, Annecy.
Possicelsky Boris, Paris.
Roquille Antoine, Vienne.
Tènet, Marseille.

Fête du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F.

Le Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a décidé d'organiser, avec le concours de l'A. G. S. D. F. et de la Société d'Odontologie de Paris, une fête du Groupement pour les 29 et 30 avril 1911. Cette fête comprendrait une réunion du Conseil d'administration de l'Association le samedi soir 29, une séance de démonstrations pratiques, avec présentation des salles et des travaux du stage le dimanche matin 30 et banquet le dimanche soir.

Les trois bureaux sont chargés de s'entendre pour les détails de l'organisation, que nous donnerons dans le prochain numéro.

Le monument du professeur Cornil.

On a inauguré, le dimanche matin, 5 mars, à 10 heures 1/2, dans la cour intérieure de l'Ecole pratique de médecine, sous les fenêtres mêmes de l'ancien laboratoire du professeur Cornil, le monument de l'éminent histologiste.

C'est un piédestal, surmonté du buste en marbre. Un bas-relief en bronze, placé sur le piédestal, représente l'intérieur du laboratoire de Cornil : une table de dissection et une Vérité allégorique, planant sur l'ensemble, qui est due au professeur Richer, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des beaux-arts.

M. Loubet, président du comité, reçoit le Président de la République, qui est aussitôt entouré de MM. Antonin Dubost, Dujardin-Beaumetz, Mme et M. Messimy, fille et gendre de Cornil, de nombreux professeurs de la Faculté, de M. le sénateur P. Strauss, de M. G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, etc.

M. Loubet remercie le président de la République de sa venue, et tous les deux se félicitent d'avoir été, au Sénat, les amis du professeur Cornil qui fut, lui-même, l'un des amis de Gambetta.

M. Landouzy, doyen de la Faculté, retrace la carrière du professeur, « véritable créateur, en France, de l'histologie pathologique ».

M. Lucas-Championnière, au nom de la presse médicale, parle de sa carrière de journaliste scientifique; au nom du Conseil supérieur d'hygiène, M. le Prof. Gariel retrace son rôle dans les travaux de cette assemblée.

M. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, célèbre les mérites du professeur et du politicien, qui fut successivement conseiller général, préfet de l'Allier, au lendemain du 4 septembre 1870 ; député et sénateur (1885-1810).

M. Godon et plusieurs membres du Corps enseignant représentaient à la cérémonie l'Ecole dentaire de Paris, qui avait souscrit pour le monument.

Un doctorat dentaire.

Jusqu'à présent, seules les Universités américaines délivraient — et avec quelque libéralité — le titre de docteur en *dental surgery* (D. D. S.). Voici que les Universités allemandes sont sollicitées, par les professeurs d'art dentaire, de créer un diplôme analogue. Il paraît que la plupart des facultés se montrent favorables à cette innovation et que celles qui furent d'abord hostiles sont en train de modifier leur opinion en présence des arguments qui leur sont soumis.

La question est plus importante qu'elle n'en a l'air à première vue ; jusqu'à présent, les dentistes qui désiraient posséder un titre et faire des études scientifiques sérieuses étaient obligés de faire leur médecine et, pour arriver aux diplômes, il leur fallait étudier, à côté de sciences des plus utiles pour leur éducation générale et spéciale, une foule de branches qui ne leur étaient d'aucune nécessité par la suite.

Quant à leur éducation professionnelle et technique, ils ne peuvent l'achever que dans des écoles spéciales qui, dans la plupart des pays, n'ont rien d'officiel ; les grandes associations dentaires ont su conserver, presque partout, le privilège de l'enseignement et l'Etat n'intervient que comme contrôle et pour la délivrance des grades qui autorisent l'exercice de l'art.

(Revue médicale d'Aix-les-Bains.)

Cercle odontologique de France.

Le banquet annuel du Cercle odontologique de France, que nous avons annoncé dans un précédent numéro, a eu lieu sous la présidence de M. Loup, avec un grand succès.

Plusieurs discours ont été prononcés, tous pour préconiser l'union et l'entente de tous les odontologistes.

M. Blatter représentait l'Ecole et l'Association ; M. Pailliottin, la Société d'Odontologie. L'*American Dental Club of Paris* y était également représenté par M. Burt, son président.

Exemple à suivre.

L'hôpital dentaire royal de Leicester Square, Londres, a reçu un legs de 25.090 francs de feu Mme Elisabeth Cooper.

Nominations.

Nous apprenons avec plaisir que notre confrère Mlle Hennecart, D. E. D. P. et membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être nommée

dentiste des dispensaires municipaux de la ville de Paris (XIXe arrondissement).

*
* *

On annonce la nomination de MM. Cruet et Galippe comme dentistes honoraires des hôpitaux.

*
* *

Nous apprenons que M. Maurel, de Toulouse, a été nommé membre correspondant de l'Académie de médecine.

Il avait présidé la réunion commune de la section d'odontologie et de la section d'hygiène de l'A. F. A. S. au Congrès de Toulouse de l'an dernier.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Souscription.

La souscription ouverte par le Groupe des Amis des Ecoles dentaires de Paris et de l'Association générale syndicale des Dentistes de France en faveur des enfants Loriot a rapporté jusqu'à présent la somme de 1.679 francs, rien que pour le Groupe des Amis des Ecoles.

Le secrétaire du Groupe attend que les autres Sociétés aient terminé leur souscription pour s'entendre avec elles sur la façon de placer l'argent au profit de ces orphelins.

Les confrères qui n'ont pu encore envoyer leur obole sont priés de la faire parvenir sans retard au secrétaire, M. H. Villain (20, rue Caulaincourt).

Le Comité du Groupe remercie très sincèrement les nombreux amis qui ont bien voulu répondre à son appel.

Nous publierons dans le prochain numéro la liste des souscripteurs.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de Mlle Marcelle Richard, fille de notre conseil judiciaire M. Louis Richard, ancien président de la Chambre des huissiers près le tribunal civil de la Seine, avec M. Georges Bernard.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

Erratum.

P. 144, n° du 15 février, un lapsus nous a fait écrire *district de Neuenbourg (canton de Berne).*

Prière de lire à la place seulement les mots *canton de Neuchâtel.*

31e ANNÉE. N° 7 15 AVRIL 1911 VOL. XLV

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

UN CAS DE RESTAURATION PROTHÉTIQUE DU NEZ

Par TH. RAYNAL (de Marseille).

La nommée B..., 60 ans, est atteinte d'un cancer cutané du dos du nez. Son état général est bon, la lésion ne paraît pas avoir une marche bien rapide, et M. le professeur Imbert qui décide de l'opérer, veut bien nous demander notre collaboration en vue de pratiquer sur cette malade, secondairement à l'exérèse de la lésion, une rhinoplastie avec armature métallique.

Pour éviter les inconvénients inhérents à l'emploi de l'appareil classique, nous avons employé, après l'avoir pratiqué sur le cadavre, un mode opératoire que nous nous réservons de décrire ultérieurement.

Ce procédé consiste à inclure un squelette nasal métallique perforé, muni de quatre griffes au lieu de trois. Un lambeau frontal médian est rabattu et suturé, avec la face cruentée en dehors, l'appareil métallique est fixé par la méthode de Delair, puis un lambeau à la Tagliacozi, détaché du bras, vient recouvrir l'appareil et l'inclure de toute part, après une fine suture appropriée. Cette opération eut lieu le 4 mars 1910 de 9 h. 35 à 10 h. 40 avec toutes les précautions nécessitées pour l'emploi de la prothèse interne.

Le soir du premier jour la malade a une légère élévation

de température, qui était redevenue normale le lendemain matin. Mais, le soir, le graphique indiquait une hyperthermie notable qui ne cessa d'augmenter pendant plusieurs jours en même temps que le lambeau italien changeait de couleur et se fonçait, mais tout en restant chaud et sensible. En même temps, nous constations les signes d'un érysipèle facial très net qui nécessita l'isolement de la malade. Quelques jours après, le sphacèle du lambeau était complet et nous dûmes, non sans difficulté, procéder à l'extraction du squelette métallique et à l'ablation du lambeau sphacélé. Le lambeau profond avait cependant parfaitement pris adhérence ; mais, n'étant plus soutenu, il tombait comme un rideau devant l'ouverture des narines, et c'est pour éviter l'obturation complète du couloir nasal autant que pour faciliter la restauration prothétique secondaire, que nous l'enlevâmes aussi par trois coups de ciseaux.

Mais il fallait cependant tenir la promesse, que nous avions fait à la malade, de lui restituer un nez convenable. Nous y avons à peu près complètement réussi. La méthode de restauration du nez par la prothèse est, à l'heure actuelle, de beaucoup supérieure à l'immense majorité des rhinoplasties bien que, comme ces dernières, elle ait l'inconvénient d'être extrêmement difficile à réussir, surtout en raison de ce fait que si l'une ou l'autre ne sont pas suffisantes, le résultat est souvent et toujours le même : il est grotesque, et selon l'expression de Gosselin « on n'a fait que substituer une infirmité ridicule à une infirmité dégoûtante ».

Cependant, les prothèses ordinaires, malgré leur supériorité relative possèdent toutes le même défaut : leur visibilité trop grande, même lorsqu'elles sont satisfaisantes en tous points, elles sont, dans la plupart des cas, encore trop visibles et attirent le regard. Il n'est pas possible de donner l'apparence de vie à un corps inerte : caoutchouc ou métal, et le contraste est trop net lorsque, le nez en place, il n'est pas possible de ne pas comparer.

Cependant un grand progrès a été fait lorsqu'on a com-

mencé à utiliser la porcelaine pour la confection des nez postiches.

La prothèse en céramique, encore que toute récente, paraît devoir donner des résultats supérieurs à tous ceux obtenus jusqu'ici. Ses défauts sont seulement d'être très difficiles à exécuter, de nécessiter un matériel coûteux et compliqué, d'être un peu lourde et d'être très fragile. En revanche, ses avantages sont considérables et se résument en disant que l'imitation de la nature est absolue et la dissimulation possible parce que les bords de la porcelaine se terminant en un mince biseau moulé sur les parties normales de la face permettent aux changements de coloration des téguments de transparaître, et que la dissimulation peut être assez grande pour donner au malade la possibilité de passer inaperçu dans un groupe de causeurs. Je me hâte d'ajouter que, pour des raisons que je vais vous exposer, ce n'est pas ici le cas.

Jusqu'à présent, les nez artificiels que l'on trouve chez les orthopédistes tiennent tous par le moyen de lunettes. Le procédé est primitif et, chez un sujet jeune, constitue déjà une gêne. Le prothésiste doit donc s'efforcer de dissimuler le mécanisme de rétention de l'appareil, et Delair et Martin, notamment, ont décrit des dispositifs parfaitement appropriés et totalement invisibles.

C'est l'un de ces appareils que nous nous proposions d'utiliser pour cette femme lorsqu'elle nous confia qu'un de ses gros ennuis était de ne plus pouvoir corriger le défaut de réfraction de ses yeux dans l'impossibilité où elle était de porter des lorgnons ou des lunettes par suite de la perte des os propres du nez. Loin d'être une gêne, les lunettes devenaient donc indiquées. De plus, la lésion néoplasique continuant son évolution, il n'était guère sage de placer un appareil contenteur en plein foyer ulcératif. Ces raisons nous firent renoncer à l'emploi du mécanisme interne et adopter le procédé des lunettes.

Le résultat est satisfaisant.

A deux mètres l'appareil est invisible et les bésicles

donnent à notre malade un air de bonne grand'mère, qui lui convient d'autant mieux qu'elle l'est depuis longtemps. Les bords de l'appareil se voient encore beaucoup, mais nous ne les avons pas amincis à dessein, par crainte de léser tant soit peu la région si suspecte où ils doivent s'appuyer. Nous les avons rendus mousses pour obvier à cette crainte.

Fini et complet l'appareil pèse 20 grammes et la malade peut le porter toute la journée sans en être le moins du monde incommodée. Malheureusement la lésion dépasse l'appareil, l'angle interne de l'œil gauche est intéressé, et la rétraction du releveur naso-labial gauche déforment la physionomie de la malade et empêchent notre prothèse parfaitement réussie en elle-même de nous donner toute la satisfaction que nous devions avoir de cette restauration.

P.-S. — A l'heure où paraissent ces lignes, la malade est en pleine récidive et a dû entrer dans un asile d'Incurables.

L'ORGANISATION DE LA PROFESSION ET DE L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE AU BRÉSIL

Par R. Chapot-Prévost, de Rio de Janeiro.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

Monsieur le Président de la Société d'Odontologie
et cher Maître,
Distingués Confrères,

Lié par le cœur et par l'intelligence à tout ce qui touche à cette Société savante, qui m'a fait le grand honneur de me décerner sa plus haute distinction, représentée par son ambitionné diplôme de membre honoraire, mon premier devoir est de vous adresser mes profonds remerciements et de vous assurer de ma solidarité, de mon zèle, nés d'une conviction inébranlable pour sa prospérité sous tous les rapports.

Je dois vous confesser que je me plais à admirer l'union, le succès qui se manifestent à chaque instant dans cette digne corporation.

Et ainsi je me réjouis de voir que l'Odontologie Française est arrivée à l'apogée de toutes les gloires par le succès retentissant de la F. D. I., l'œuvre colossale de ce groupement de savants et que cette institution mondiale a le droit d'être entendue ici même par la voix du plus humble de vos confrères et de son seul représentant aux Etats-Unis du Brésil, ma chère patrie.

Ce qu'est la F. D. I., ce qu'elle vaut, vous le savez tous. Son nom est une tradition vive dans la généralisation d'efforts glorieux.

Son labeur est incessant, ses efforts sont méritoires, ses aspirations justes et pures, aussi les résultats qu'elle a obtenus sont-ils des plus remarquables.

Nous voyons traduit en plusieurs langues le résultat de ses réunions, véritables congrès scientifiques, tenus dans les capitales les plus civilisées du monde, attestant le ré-

sultat brillant de son action régénératrice et la force de sa mission noble, intéressante et hautement scientifique.

C'est sans nul doute à cause de l'esprit d'initiative de cette illustre Fédération, à son amour pour l'hygiène et la thérapeutique dentaires dont elle a été la propagatrice intelligente et convaincue, que les grandes nations et les véritables hommes d'Etat ont encouragé ses délégués dévoués, en leur manifestant leur intérêt pour le développement d'une entreprise aussi utile. La vie est la lutte et la lutte est la force ! et pour cela il faut l'effort et le succès dans l'effort... Vous l'avez eu !

L'homme sain est véritablement fort. Pour qu'il le soit, il faut qu'il dispose d'un système parfait de nutrition. La base en réside surtout dans les organes dentaires.

En Angleterre, en Allemagne, en Suisse, dans d'autres pays et au Brésil, ma chère patrie, pays grandiose et beau qui, avec le progrès dans toutes les manifestations de l'activité humaine, a accompli un véritable prodige dans ces trente dernières années, les statistiques ont démontré catégoriquement l'importance avec laquelle nous devons traiter notre appareil dentaire.

L'Angleterre, à l'occasion de la guerre du Transvaal, s'apercevant combien ses soldats souffraient des dents, chercha à remédier à ce mal, en envoyant à leur secours une commission de chirurgiens-dentistes, et elle créa aussitôt pour son armée un corps de ces professionnels.

L'Allemagne, ayant à réprimer une révolte en Afrique, ordonna qu'avant de partir ses officiers et ses soldats se fissent traiter les dents.

Cet exemple fut suivi par le Japon, à l'occasion du départ de ses troupes pour la Mandchourie.

Au Brésil ces soins ont déjà de nombreux prosélytes et dernièrement on a ajouté un corps de chirurgiens-dentistes au corps de santé de l'armée de terre et les titulaires de ces nouvelles places ont été nommés après concours.

L'Institut Brésilien d'Odontologie de Rio de Janeiro, la plus ancienne et la plus importante société dentaire du

Brésil, qui a fondé l'Ecole Libre d'Odontologie, travaille pour obtenir la création d'un corps de chirurgiens-dentistes pour l'armée de mer et un autre pour l'inspection systématique des dents des enfants des écoles publiques.

Cette initiative, émanant d'une source si autorisée, représente un service d'une valeur inestimable, que cet Institut, bienfaiteur à tant de titres, compte rendre à mon pays.

Les autres associations dentaires des autres Etats du Brésil suivent cet exemple salutaire.

Dans tous les camps, la F. D. I. apparaît unie en une seule pensée en s'associant des intelligences et des efforts. Le reflet de cette savante institution internationale, en inspirant l'organisation de l'Institut Brésilien d'Odontologie, a scellé la pierre fondamentale de l'École libre d'odontologie de Rio de Janeiro en 1900.

Les pouvoirs publics l'ont exaltée avec le valeureux appui de sa reconnaissance officielle.

Nous avons encore au Brésil, outre les cours d'odontologie annexés aux Facultés de médecine de Rio et de Bahia, des écoles dentaires à Sâo-Paulo (une des plus importantes et des mieux organisées du pays, car l'État de Sâo-Paulo est le plus avancé de l'Union), à Minas Geráes, à Juiz de Fóra, à Bello Horizonte, à Bahia, à Rio-Grande-do-Sul et elles travaillent avec efficacité pour la propagation de l'enseignement dentaire et surtout de l'hygiène dentaire, ainsi que la Société Odontologique Pauliste, l'Association Pauliste de Chirurgiens-Dentistes, la Société Odontologique do Rio Grande, la Société Odontologique de Bahia, la Fédération Odontologique Brésilienne, la Société Odontologique de Pará, la Société Odontologique de Ceará.

Tout cela prouve à l'évidence la manière dont on traite, dans notre pays, toutes ces questions.

Notre devise au Brésil, comme partout, est de travailler, mais de travailler avec un courage résolu. Toutes les professions honnêtes sont ardues et nobles ; il y a bien peu de temps encore, la nôtre était injustement dépréciée, sa valeur n'était pas comprise ; actuellement elle est déjà justement

appréciée et cultivée avec amour et avec la conviction de son importance.

Nous suivons donc aussi au Brésil cet exemple en cherchant à élever l'odontologie au niveau moral où elle doit être.

L'histoire de l'odontologie est sensiblement celle de toutes les sciences modernes et la même dans presque tous les pays.

La lumière éclatante que l'esprit français a répandue dans tout le monde odontologique par l'intermédiaire de la F. D. I. a fait germer au Brésil la semence qui y a été déposée par les disciples des Fauchard, des Wells, des Hunter, des Magitot, des Miller, des Claude Martin, etc.

L'exercice de la profession au Brésil est permis à toute personne munie d'un diplôme délivré par une des écoles dentaires du pays.

Pour obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste, il faut présenter des certificats de réception à cinq examens préparatoires et faire deux années d'études.

Je vous ferai remarquer que l'Ecole Libre d'Odontologie de Rio de Janeiro est la seule qui décerne aussi le diplôme de docteur en odontologie moyennant huit examens préparatoires et quatre années d'études.

Les dentistes étrangers munis d'un diplôme de leur pays sont dispensés de passer des examens préparatoires, mais doivent passer deux séries d'examens professionnels.

Les professeurs des écoles étrangères peuvent exercer la profession au Brésil après avoir obtenu une permission du ministre de l'Intérieur.

Quand j'ai quitté mon pays, le 19 janvier passé, il était question d'une grande réforme dans l'enseignement médical et odontologique proprement dit et de la création d'une université à laquelle serait annexée l'Ecole libre d'Odontologie de Rio de Janeiro, mais cette réforme dépend du Parlement.

Tels sont les renseignements que j'avais à vous donner sur l'organisation et l'enseignement de l'art dentaire au Brésil et en terminant je vous remercie de la bienveillante attention que vous m'avez accordée.

REVUE DES REVUES

SUR LA STRUCTURE ET LE DÉVELOPPEMENT DES DENTS D'OPHIDIENS

Par Ch. S. Tomes, M. A., communiqué par John Tomes F. R. S.

Traduction de Ch. Bennejeant, D. E. D. P.

On regarde habituellement la dentine comme le plus constant des tissus dentaires et l'émail comme le moins constant, le cément, à cet égard, occupant une position intermédiaire. Cette observation paraît avoir été établie en guise de remarque plutôt que comme conclusion légitime du processus de développement. Il a été constaté toutefois par Kölliker et Waldeyer dans le cas des mammifères et par Santi-Sirena et moi dans le cas des batraciens et des sauriens (le présent travail étendant ses observations aux ophidiens) que l'organe de l'émail est absolument la première structure pouvant être reconnue sur l'emplacement d'une future dent et que l'organe dentaire ou « papille » n'existe qu'à un stade plus avancé.

Cette précoce apparition d'un organe de l'émail paraîtrait désigner l'émail comme étant à la fois le plus important et le plus largement distribué, ce que ne semble pas indiquer la constatation que « l'émail est le moins constant des tissus dentaires ». Je n'ai donc pas été très surpris en remarquant sur les dents de tous les ophidiens que j'ai examinés parmi une dizaine de genres qu'elles étaient coiffées par une mince couche d'émail.

Owen (*Odontography*, p. 22) dit : « L'émail est le moins constant des tissus dentaires, il est plus fréquemment absent que présent dans les dents de poissons ; il manque dans l'ordre entier des ophidiens parmi les reptiles existants et il ne forme aucune partie des dents d'édentés et de plusieurs cétacés parmi les mammifères ». Du cément il dit p. 183 : « La dentine et le cément sont présents dans les dents de tous les reptiles ». Cette constatation est de même endossée par Giebel (*Odontography*, p. XVII).

Dans la note du Pr Huxley (*Micrological Journal*, 1853) je trouve le passage suivant dans une remarque : « Pourquoi ne serait-ce pas appelé émail ? (la couche externe plus dense sur les dents de raie et de maquereau). Elle mérite ce titre aussi bien que celle de la grenouille ». Depuis que j'ai constaté qu'il y avait de l'émail sur les dents d'ophidiens, j'ai examiné à nouveau les dents chez les grenouilles (la

grenouille taureau, Hyla, grenouille commune) et je crois qu'il y a une très mince couche d'émail sur toutes.

A vrai dire, la mince couche de tissu transparent décrite par Owen et autres sur la face externe des dents d'ophidiens, comme du cément n'est pas du cément, mais de l'émail, et cette conclusion basée sur l'évidence me paraît indiscutable. De même la généralisation que « la dentine et le cément sont présents dans les dents de tous les reptiles » doit être abandonnée. Car si loin qu'ont porté mes propres investigations, la présence du cément chez les reptiles est relativement rare et ce n'est que dans des conditions exceptionnelles d'attachement qu'il se rencontre.

Je crois qu'il serait plus correct de constater, en ce qui concerne les reptiles actuels, que leurs dents consistent en dentine, qui est généralement surmontée d'un revêtement d'émail, partiel ou complet, mais que le cément n'est présent que dans un très petit nombre de cas.

Les seules dents de reptiles réellement pourvues de cément sont celles qui sont implantées dans des alvéoles plus ou moins complètes ou dans un sillon. Ainsi les dents de crocodile et de l'Ichtyosaurus ont du cément dans leurs portions basales ; mais de là à tirer la conclusion que le cément est dans tous les cas associé à l'implantation alvéolaire, je ne peux le faire avec certitude que par des séries plus étendues d'observations.

Comme preuve de ma constatation que la mince couche externe des dents d'ophidiens est de l'émail on peut avancer les faits suivants : son indice de réfraction est très élevé, aussi a-t-elle l'aspect de l'émail et non du cément. Elle est très fragile, aussi est-elle souvent entièrement perdue en frottant une mince section et est invariablement éclatée quand elle demeure *in situ* (Voir Pl. 48, fig. 1).

Sa fragilité n'échappait pas à l'observation d'Owen (*Odontography*, p. 22), où il parle d'une « couche plus promptement détachée de la dentine, ou lorsqu'elle est plus épaisse à la base de certaines dents, on en voit des portions adhérentes (fig. la a. pl. 65) » tandis que quelques pages plus loin, parlant des crochets venimeux, il dit : « de par sa transparence, elle a été regardée comme de l'émail. Il n'y a pas trace, toutefois, d'émail vrai sur les dents des serpents venimeux, pas plus que sur celles des espèces inoffensives ».

L'application d'acides aux sections l'enlève entièrement, tandis que le cément est moins affecté par les acides que la dentine.

Mais ce qui est le plus concluant de tout est son développement. Elle est formée par les cellules allongées d'un organe de l'émail parfaitement caractéristique, qui sera décrit plus loin — fait qui à lui seul ne laisse aucun doute sur la présence de l'émail et l'absence de cément dans les dents d'ophidiens.

Si loin que va le plan général de formation des germes dentaires, il est fidèlement conforme à celui des mammifères et des sauriens. Mais tandis que les points essentiels sont identiques, il y a des différences de détail si bien qu'à première vue les sections de la région dentaire d'un lézard et d'un serpent sont différentes et quoi qu'on ne puisse se baser sur les autres caractères de l'animal, il est intéressant de noter, en ce qui concerne le développement de ses dents, que l'orvet est essentiellement un lézard, et qu'il ne montre pas la disposition des dents de remplacement qui est si caractéristique chez les ophidiens.

Le germe dentaire d'un serpent consiste en un organe dentinaire ou papille dentinaire (b dans fig. 4 et 5) ne présentant aucun caractère spécial qui le fasse distinguer de celui des autres animaux, un organe de l'émail et une capsule faiblement développée de tissu connectif.

L'organe de l'émail (f dans fig. 4, 5 et 8) embrasse la papille dentinaire dans son entière longueur et consiste presque entièrement en cellules allongées qui constituent les « cellules de l'émail » ou « épithélium interne de l'organe de l'émail ». Elles sont nuclées à leur extrémité la plus éloignée de la dentine et ressemblent fidèlement à celle des autres animaux. Dans les jeunes germes dentaires (c f fig. 4) la couche externe ou réfléchie de cellules peut être reconnue, mais leur identité est déjà perdue et jamais les cellules de l'émail ne peuvent être distinctement aperçues. Elles deviennent plus courtes après la formation de la couche d'émail (la mince coiffe d'émail a disparu des spécimens figurés qui proviennent de sections décalcifiées ; ce qui n'aurait pas lieu si c'était du cément), mais ne disparaissent pas entièrement.

On ne peut dire grand'chose de la capsule : c'est simplement une très légère condensation du tissu connecteur environnant.

Lorsque la dent est presque formée, une particularité de forme qu'assume la base et que je n'ai pas notée chez d'autres animaux consiste en ce que la dentine est souvent brusquement coupée intérieurement comme si la base de la dent était enclose par une sorte d'opercule de dentine (Voir fig. 3).

Un germe plus âgé est représenté dans la fig. 4 ; il diffère d'un germe dentaire mammifère par la forme allongée et par le fait que les deux couches de cellules qui nécessairement résultent du mode de formation de l'organe de l'émail, c'est-à-dire l'épithélium externe et interne de l'organe de l'émail, sont si fidèlement en contact qu'elles ne sont pas distinctes, sauf à la base, puisqu'il n'y a pas de tissu intermédiaire étoilé, tandis que le germe dentaire des batraciens et des sauriens ne diffère à aucun égard ; si ce n'est par leur forme excessivement allongée. On note en I dans la fig. 3 à un

stade encore âgé que les germes dentaires consistent uniquement pour la formation d'un organe de l'émail en un procès cæcal de cellules épithéliales.

Mais ce n'est pas dans la structure ni dans le développement des germes dentaires individuels que les ophidiens sont différents ; c'est dans leurs relations l'un avec l'autre et dans leur grand nombre.

Y compris la dent qui est in situ, il n'y a pas moins de huit stades différents visibles dans une seule section, et leur grand nombre nécessite une particularité d'arrangement, car si nous nous rappelons la petite dimension de l'os portant les dents et l'extrême dilatabilité de la bouche du serpent, il est manifestement impossible que les dents de remplacement soient arrangées en série linéaire de dehors en dedans.

Comme conséquence, nous trouvons ce grand nombre de dents en formation placées verticalement l'une sur l'autre, parallèlement à l'os maxillaire et à la dent en place, intervenant ainsi un peu dans la mobilité de la membrane muqueuse et la dilatabilité de la bouche (fig. 2 et 3).

La dent voisine dans l'ordre de remplacement se meut intérieurement en une direction curviligne, de sorte qu'elle n'est pas sur les plus jeunes dents, mais s'étend en partie entre le sommet de la dent en formation et celle déjà en place. En d'autres termes, le germe dentaire progressant du plus jeune de la série au plus âgé se déplace primitivement vers le haut, à l'extérieur vers la dent en usage et de nouveau un peu en bas de façon à décrire un chemin incurvé. Et non seulement le germe dentaire croissant tout entier émigre, mais il subit un changement dans la direction de son grand axe, soulevant le bas de la zone de développement dentaire (l dans fig. 2 et L dans fig. 3), son grand axe étant presque perpendiculaire à celui de la mâchoire ; mais comme il devient d'autant plus grand qu'il est plus incliné, finalement (dans les dents les plus âgées qui n'ont pas encore été soudées au maxillaire) il devient horizontal, en sorte que la dent s'étend parallèlement à la mâchoire et est visible dans les préparations en section transversale (7 dans fig. 2).

Une explication facile de ces particularités de position nous est donnée par la dilatabilité de la gueule du serpent ; il est essentiel que les germes dentaires de remplacement soient disposés dans le plus petit espace possible, ainsi que la position couchée de la dent qui a atteint presque sa pleine longueur nous l'explique.

Si l'on suivait l'épithélium osal qui est immédiatement au côté interne de la dent en place (et ne peut jamais être étalé dans toute sa longueur en une section exactement transverse à la mâchoire, ce qui tient à l'inclinaison en arrière des dents) on le trouverait pénétrant en profondeur sous la forme d'une bande distinctement circonscrite, qui

ne poursuit pas une course parfaitement droite, mais se confond une ou deux fois dans son parcours (voir e dans fig. 2 et 3).

La bande épithéliale atteint la région de développement dentaire et y est plus ou moins visible, c'est-à-dire que, malgré qu'elle reparaisse dans les intervalles des germes dentaires (voir fig. 3) et sans doute soit parfaitement continue de la surface à l'extrémité profonde de la zone de formation dentaire, elle ne peut être vue dans une seule section avec son entier parcours, elle dérive dans sa course et est cachée promptement par les germes dentaires en voie de croissance. Dans l'intervalle compris entre chacun d'eux elle peut être vue distinctement et dans la plus profonde ou la plus jeune portion de la zone de développement on la voit en continuité directe avec l'organe de l'émail du jeune germe dentaire (fig. 4), tandis que son extrémité aveugle s'organise tout comme le plus jeune germe dentaire (voir l dans fig. 2 et 3).

Tous les germes, à l'exception seulement du successeur immédiat de la dent en activité, sont situés dans une capsule ou un revêtement de tissu connectif (fig. 3) formant une zone oblongue ou légèrement pyriforme (son extrémité la plus étroite tournée vers le bas).

Ce revêtement commun à un très grand nombre de germes est, à ce qu'il me semble, particulier aux ophidiens ; en tout cas rien de semblable n'est rencontré chez les batraciens ou sauriens que j'ai examinés.

Lorsque la dent a atteint une dimension considérable elle s'échappe de ce revêtement pour se placer derrière la dent en place, qui est rapidement minée par résorption. La dent tombée, la surface supérieure de l'os et quelque peu l'interne sont excessivement irrégulières, rendues partout rugueuses par les dépressions caractéristiques de résorption (voir la partie supérieure de la fig. 7). La dent prend place portant avec elle sa capsule et tout son contenu. Une très rapide formation d'os nouveau se produit à laquelle contribue peut-être un peu la capsule ; la grosseur de l'os nouveau par lequel la dent est insérée est formée au-dessous et au-dessus de la capsule, ce qui, en sections favorables, alors qu'une portion assez considérable d'os nouveau a été formée, peut être vu distinctement passant directement de l'autre côté de la base de la dentine d'un mince bord libre à l'autre.

L'os nouveau formé au dehors de la capsule dentaire se continue sur le côté externe de la dentine à une courte distance (voir fig. 6 et 7), et dans cette position a été probablement confondu avec du cément ; mais l'étude de son développement prouve clairement que ce n'est rien de tel. Simultanément avec cet actif développement d'os la base de la pulpe dentaire, qui est fournie par une couche de cellules odontoblastes (fig. 5) se calcifie, formant une sorte de dentine irrégulière, les tubes de chaque se confondent avec l'os nouvellement formé

derrière lui. Les structures résultantes peuvent être parfaitement étudiées à l'aide de coupes sèches, car l'os d'attachement diffère de façon marquée de celui de la mâchoire, étant plein d'espaces irréguliers, et étant stratifié dans une direction différente (fig. 8). Il adhère plus fortement à la dent qu'au reste de l'os, aussi est-il fréquemment arraché avec elle et peut-il être regardé comme un tissu osseux de structure imparfaite. Il est évidemment presque entièrement résorbé quand la dent à laquelle il adhère est tombée, de petites traces d'os d'attachement sont alors visibles. Un examen minutieux de ce qui sert de cément sur une dent isolée ne révèle pas de façon évidente la persistance de portions de date moins récente, quoique généralement par une recherche minutieuse on en trouve quelque peu.

Les crochets venimeux présentent quelques particularités dans leur développement dont je n'ai pas encore été capable de me rendre compte, par suite de la difficulté d'obtenir des serpents venimeux dans une condition parfaitement fraîche.

Les germes dentaires les plus jeunes sont identiques à ceux de simples dents, mais à un stade plus tardif, il y a l'apparence d'un conduit à parois définies à l'intérieur de la dent, sur l'origine duquel je ne suis pas renseigné.

Explication de la planche N° 48.

Fig. 1. — Portion d'une section longitudinale de la dent d'un python, avec une mince couche fendillée d'émail.

Fig. 2. — Section transversale d'une mâchoire inférieure de couleuvre commune. A gauche on voit l'os maxillaire avec une portion de la dent in situ sur sa face supérieure, à droite est la zone de développement dentaire.

a) Epithélium oral ;

b) Organe dentinaire ou « papille » ;

c) Dent déjà en usage ;

d) Dentine formée ;

e) Procès de l'épithélium oral se transformant en organe de l'émail ;

f) Epithélium interne ou « cellule de l'émail » de l'organe de l'émail ;

o) Couche de cellules odontoblastes ;

p) Parapet de fibrilles de tissu connectif limitant la zone de développement dentaire sur son côté interne ;

l) Le plus jeune germe dentaire, qui est seulement représenté par le procès de l'épithélium (e).

2, germe dentaire qui a un organe de l'émail et un organe dentinaire.

3, 4, 5, 6, 7, capsules dentaires plus âgées.

Fig. 3, 4. — Germes dentaires d'une section transversale de la mâchoire inférieure d'une couleuvre commune, montrant leurs relations avec l'épithélium oral et leur enceinte en forme de capsule. Les lettres sont les mêmes que pour les autres figures X 100.

Phil. Trans. 1875, pl. 48.



Structure et développement des dents d'ophidiens.

Fig. 4. — Germe dentaire plus âgé, dans lequel on voit la double couche de cellules constituant l'organe de l'émail. Couleuvre commune X 150.

Fig. 5. — Section longitudinale d'un germe dentaire de vipère. Les cellules de l'émail sont diminuées comme dimensions et la base de la pulpe a déjà sa couche odontoblastique ; évidemment la dent a atteint son entière longueur X 50.

Fig. 6. — Portion de germe dentaire vue en section transversale, embrassant la couche odontoblastique de la pulpo-dentine (*o*), une mince couche de dentine (*d*), de cellules de l'émail (*f*) et extérieurement une légère capsule fibreuse X 150.

Fig. 7. — Dent en voie d'attachement à l'os. La surface rugueuse de la mâchoire (*m*) est visible, en même temps que la dent est comme attachée à elle par le tissu représenté en g, dans lequel la calcification est activement menée. L'aspect observé en g ne diffère matériellement pas de celui de la coupe d'une membrane osseuse croissant rapidement. Couleuvre commune.

Fig. 8. — Section transversale de la mâchoire inférieure d'une couleuvre commune avec la dent cémentée à l'os d'attachement (*h*). D'une coupe montée dans le Baume du Canada.

Toutes les figures à l'exception du n° 8 sont empruntées à des sections durcies et décalcifiées dans l'acide chromique et colorées par le bois de Campêche ou le carmin.

(Philosophical Transactions of the Royal Society of London, 1875).

REVUE ANALYTIQUE

Traitement prophylactique des puits et des fissures de l'émail. — Dénudation traumatique du maxillaire inférieur. — L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. — Le pansement alvéolaire après l'extraction. — Anesthésie générale au moyen de la « rachinovocaïnisation » supérieure. — Mort sous l'anesthésie. — Ingestion d'un dentier.

Traitement prophylactique des puits et des fissures de l'émail.

L'auteur a été amené à rechercher une méthode facile permettant d'éviter la transformation en carie des fissures ou des puits normaux de l'émail. Cette méthode qui consiste à obturer les puits et les fissures profonds dès l'apparition de la dent a de nombreux avantages : facilité d'emploi, ne nécessitant ni souffrance, ni dommage dans les tissus durs, rapidité du traitement, qui est particulièrement indiqué pour la dent de six ans.

Le traitement se résume en trois indications. En premier lieu, il faut, à l'aide d'un stylet, débarrasser minutieusement les fissures de tous débris alimentaires. Puis, on sèche à l'aide de l'alcool et d'air tiède. Enfin, on choisit un ciment à prise hydraulique qui, très liquide, est introduit avec le plus grand soin avec un instrument très fin afin d'assurer une obturation absolue. L'auteur donne la préférence au ciment à l'oxyphosphate de cuivre, malgré sa couleur noire, en raison de ses qualités antiseptiques incontestables. Les autres ciments semblent d'ailleurs devoir donner les mêmes résultats, aucune usure mécanique n'étant à redouter si l'on songe à l'extrême ténuité des cavités. Il faut noter que cette obturation a été parfois réalisée grâce à des dépôts de tartre. C'est donc un problème purement mécanique qu'il s'agit de résoudre ici.

Ainsi, d'après l'auteur, la prophylaxie générale, la carie peut être évitée dans un grand nombre de cas. Jusqu'ici cependant, les fissures de l'émail n'avaient pas été traitées rationnellement et leur transformation en carie était inévitable, quelle que fût la méthode préventive employée. Avec cette méthode cette lacune serait désormais comblée, bon nombre de dents de six ans pourraient être conservées pour le plus grand bien de l'équilibre articulaire et de la santé générale du patient. (O. Solbrig, *Laboratoire.*)

Dénudation traumatique du maxillaire inférieur.

M. G. Roche publie l'observation suivante qui nous semble intéressante à plusieurs titres, notamment à cause du mécanisme de la blessure :

Dans la nuit du 30 septembre, Th..., âgé de 17 ans, regagnait son domicile à bicyclette. A un tournant de la route, il ressent un léger heurt occasionné par une pierre qu'il ne pouvait distinguer dans l'obscurité. Sous l'influence de ce choc, le guidon nouvellement réparé de

la bicyclette se brise, et notre sujet, privé de son point d'appui et entraîné par la vitesse acquise, tombe la tête en avant. Dans sa chute, le menton vient donner contre une borne kilométrique ; le blessé perd connaissance et est transporté à son domicile par celui qui l'accompagnait, et qui nous a narré les circonstances de l'accident.

Nous le voyons six heures après la chute, et voici ce que nous constatons :

Le blessé, la bouche ouverte, immobilise le maxillaire inférieur, qui semble fortement abaissé ; des caillots de sang mêlés de salive s'échappent de la bouche, et il parle avec beaucoup de difficulté. A la seule inspection, il présente le facies d'un malade atteint de luxation du maxillaire inférieur. Il n'en est rien cependant, et cette attitude est corrigée par le blessé qui, sur notre demande, élève son maxillaire inférieur avec facilité. Les dents correspondent, et à l'examen du maxillaire on ne trouve aucun signe de luxation ou de fracture.

Lorsqu'on demande au malade de fermer la bouche, on constate que le maxillaire seul s'élève ; la région mentonnière reste pendante. L'exploration de cette région nous montre alors un véritable effondrement du sillon gingivo-labial inférieur. Toute la partie médiane du maxillaire inférieur semble être scalpée.

La simple inspection permet de se rendre compte que la solution de continuité se trouve au niveau du collet des dents, et non dans le fond du sillon.

Le doigt introduit dans le vestibule de la bouche se promène sur la surface rugueuse du maxillaire entièrement dénudée et privée de son périoste, sur une surface assez régulière, comprise entre l'intervalle de la canine à la première molaire inférieure gauche, d'une part, et l'intervalle de la deuxième à la troisième molaire inférieure droite, d'autre part. Cette exploration permet d'accrocher avec les doigts le bord inférieur de la symphyse mentonnière ; le décollement est donc complet.

Après les soins antiseptiques nécessaires, détersion et assèchement de la région, nous essayons avec une fine aiguille la reconstruction du cul-de-sac inférieur. Nous y renonçons aussitôt, par suite de l'absence complète de lambeau gingival. Nous nous contentons alors de faire passer un crin solide dans l'intervalle compris entre les canines et les premières molaires inférieures. Nous perforons tout le lambeau mentonnier avec ses deux chefs, que nous réunissons par un nœud antérieur sur bourdonnet. Pansement largement compressif, alimentation liquide avec le « sabot », en usage pour les nourrissons dans le Nord. Gargarismes fréquents au phénosalyl.

8 octobre. — Nuit mauvaise. Induration en nappe de toute la région sus-hyoïdienne, grands pansements humides.

10 octobre. — Coaptation parfaite du lambeau mentonnier. Ablation du crin, large incision sus-hyoïdienne médiane donnant issue a du pus en assez grande abondance.

A partir de cette date, suites normales ; le 20, le malade est guéri, et sa famille interrogée nous répond que son facies n'a rien d'anormal.

Etant donnée la force avec laquelle le blessé a été projeté sur l'obstacle, ajoute M. Roche, les surfaces en contact ont dû glisser l'une sur

l'autre, et la masse musculaire a cédé en son point le moins résistant. Il est hors de doute que si la région mentonnière avait été projetée normalement sur l'obstacle fixe, on aurait constaté une fracture double du maxillaire inférieur, ou tout au moins une luxation.

(Journal des Praticiens.)

L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

M. Malherbe, qui a été l'un des premiers à vulgariser l'emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général, publie quelques réflexions qui sont le fruit d'une pratique portant sur 5248 cas personnels. L'auteur, pour l'anesthésie, use du procédé de la compresse.

Voici, brièvement, en quoi consiste ce procédé.

Il suffit d'une simple compresse, pliée en quatre épaisseurs, ou même d'un mouchoir.

La compresse tapissant l'intérieur de la main droite, fortement creusée de façon à éviter une trop grande surface d'évaporation, on dirige dans le creux de cette compresse le jet d'un tube automatique spécial, construit pour ce genre de narcose ; mais il faut savoir qu'à défaut de ces tubes on peut très bien se servir de deux ou trois tubes ordinaires de chlorure d'éthyle, tubes qui servent à l'anesthésie locale, ou même d'ampoules fermées à la lampe. Ainsi donc, avec une simple compresse et un simple tube de chloréthyle, il est possible de faire une anesthésie sans aucune complication.

Suivant l'âge et aussi suivant le degré d'anesthésie que l'on veut obtenir, on projette de 2 à 5 centimètres cubes du liquide, qui, grâce à la forme donnée à la compresse, n'a pas de tendance à s'évaporer.

Sans perdre de temps, on applique la compresse, toujours disposée en cornet et recouverte par la face palmaire de la main droite, sur le nez et la bouche du patient, en l'invitant à faire des inspirations profondes. De la main gauche, on maintient la tête et la mâchoire inférieure.

Il est absolument nécessaire de ne pas laisser respirer d'air.

Lorsque les malades font de grandes inspirations ou lorsqu'il s'agit d'enfants qui poussent des cris, il arrive qu'ils sont sidérés avec une rapidité étonnante : *dix à quinze secondes*. Mais on voit aussi certains malades, dès que l'on applique la compresse, retenir leur respiration, soit volontairement, soit par crainte ; il suffit, dans ces cas, de soulever légèrement la compresse, puis de la réappliquer aussitôt, pour les voir immédiatement faire une inspiration profonde, suivie d'autres inspirations régulières, et, *en trente à quarante secondes*, l'anesthésie est complète, sans qu'il soit nécessaire d'employer une nouvelle quantité de liquide.

Si l'opération est un peu longue, et pour éviter le réveil, on verse de nouveau sur la compresse, de la même façon que la première fois, une nouvelle quantité de chlorure d'éthyle et même une troisième et une quatrième si cela est nécessaire. Il faut avoir soin de ne pas attendre le réveil pour procéder à l'administration de nouvelles doses. En espaçant ainsi ces doses, on atteint à peine 15 centimètres cubes de liquide

et cette quantité permet largement de pratiquer bon nombre de petites opérations pouvant durer de quinze à vingt minutes.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'opérations devant durer un certain temps, dès que le malade est dans la résolution, l'auteur remplace la compresse de chlorure par une autre compresse imbibée de chloroforme et l'applique vivement sur le nez et la bouche du patient, sans lui laisser respirer d'air. Il continue ensuite la narcose au chloroforme par le procédé des petites doses, sans air.

Mais il faut savoir aussi que, même pour des opérations de longue durée, le chlorure d'éthyle est susceptible d'être seul employé. Nul doute qu'un jour il ne prenne rang, comme anesthésique général, à côté du chloroforme et de l'éther, et ne tende même à remplacer ces deux derniers, grâce à sa grande innocuité.

Voici les signes qui, pour M. Malherbe, permettent de reconnaître la narcose complète au chlorure d'éthyle.

Cette narcose complète est caractérisée :

1° Par la résolution musculaire, non précédée d'une période de contracture vraie ;

2° Par le rythme respiratoire, qui est régulier et s'accompagne quelquefois d'un léger ronflement ;

3° La main qui recouvre la compresse éprouve la sensation d'une évaporation froide, qui, chassée par l'expiration, vient passer entre les espaces digitaux.

Ces trois signes sont pathognomoniques de la narcose complète.

Le sommeil obtenu en quelques instants s'accompagne d'une résolution musculaire générale, quelquefois d'une légère injection de la face, qui ne va jamais jusqu'à la cyanose, d'un léger rétrécissement de la pupille, parfois de mydriase, de convulsion des globes oculaires, généralement en haut, d'insensibilité de la conjonctive, d'anéantissement de l'intelligence, avec parfois relâchement du sphincter vésical. Pendant cet état, qui rappelle singulièrement la dernière phase de l'ivresse alcoolique, on constate d'abord une accélération de la respiration, qui se ralentit ensuite pour devenir, dans certains cas, stertoreuse.

En somme, perte de connaissance, de la sensibilité et du mouvement, tels sont les caractères du sommeil obtenu extrêmement vite à l'aide du chlorure d'éthyle.

Mais tous ces phénomènes sont éphémères et disparaissent aussi rapidement qu'ils s'étaient produits, sans laisser la moindre trace, ni au point de vue intellectuel, ni au point de vue moteur ou sensitif, contrairement à ce qui se passe avec d'autres anesthésiques. Le sujet retrouve intégralement sa mémoire ; seul, le souvenir de l'intervention chirurgicale et tout ce qui s'est passé pendant son sommeil a totalement disparu.

Exceptionnellement, et cela chez des personnes entachées d'une névropathie personnelle ou héréditaire, on constate au réveil quelques phénomènes anormaux : cris inconscients, larmes, mouvements de défense, attendrissement, etc. Mais tout cela est de peu de durée et le retour à l'état normal est bien vite complet et définitif. Ces phéno-

mènes d'ordre nerveux peuvent être comparés à une sorte d'ivresse comateuse éphémère.

L'enfant de quelques mois supporte le chlorure d'éthyle comme les grandes personnes. Il n'y a que les doses qui varient. Toutes proportions gardées, l'enfant s'endort plus facilement que l'adulte et avec des quantités moindres, ce qui est en faveur de la compresse qui rend le dosage plus facile. D'ailleurs l'auteur n'apprécie nullement les appareils spéciaux pour l'anesthésie au chlorure d'éthyle, auxquels il reproche d'être encombrants, fragiles, difficiles à aseptiser, et somme toute inutiles.

En résumé, le chlorure d'éthyle ne semble pas à l'auteur, occuper son sang légitime, étant données ces qualités importantes : *grande facilité* d'administration et réussite presque absolue. Sa technique simple le recommande pour les interventions courtes, et sa faible toxicité devrait en faire l'anesthésique de choix pour les grandes opérations, dans lesquelles les effets nocifs de chloroforme compliquent le choc opératoire.

(A. Malherbe, *Bulletin médical.*)

Le pansement alvéolaire après l'extraction.

L'auteur signale l'anesthésie locale par injection intra-muqueuse un comme facteur important favorisant l'infection parfois consécutive aux extractions. Une injection intra-muqueuse est, dit-il, en effet, une intoxication cellulaire locale. Toutes les substances anesthésiques usuelles sont des poisons et généralement assez actifs. Certaines ajoutent à leur pouvoir toxique général une action locale irritante. Toutes entravent le processus de réparation cellulaire. La pratique y fait ajouter certaines substances parfois plus dangereuses qu'elles-mêmes à ce point de vue, ou les utilise dans des véhicules également nocifs.

La solution de chlorhydrate de cocaïne au centième dans l'eau distillée était certainement, de toutes les préparations employées, la moins dangereuse pour la région infectée. Et cependant, même avec elle, il était fréquent d'observer *des retards* dans la cicatrisation des plaies alvéolaires, et ceci, il convient de bien y insister, avec des préparations parfaites, des opérations irréprochables et des soins post-opératoires convenables.

Il est une substance généralement ajoutée aux solutions anesthésiques, c'est l'*adrénaline*. Cette adjonction présente, aux points de vue anesthésique et opératoire, d'incontestables avantages, mais ses inconvénients, cependant, ne sont pas niables.

C'est elle qui est responsable, pour la plus grande part, des troubles apportés à la réparation de la plaie gingivale.

L'ischémie intense qu'elle provoque et qui, d'ailleurs, est la raison de son emploi a pour effet, en *localisant* plus étroitement l'injection et en en retardant la diffusion, de faire agir plus longtemps et à dose plus concentrée la substance injectée sur les cellules de la région. La puissance anesthésique en est renforcée, mais aussi l'action « irritante », caustique et altératrice.

Mais son action fâcheuse porte plus encore sur l'entrave directe qu'elle apporte au processus de défense naturel.

Elle supprime l'hémorragie. Au point de vue opératoire, cela est extrêmement agréable et même parfois précieux. Physiologiquement, c'est un contresens.

La première, et à mon avis la plus grave, des conséquences de cette action est l'*absence de caillot.*

Après une opération pratiquée avec utilisation d'une dose normale d'adrénaline, *l'alvéole reste béant,* et c'est là le danger.

Une première conséquence, c'est la *dénudation des procès alvéolaires,* substance spongieuse éminemment propice à l'ensemencement bactérien. Une deuxième, c'est la facilité avec laquelle les détritus alimentaires pénètrent et fermentent dans cette cavité ouverte, en compagnie des débris de la desquamation épithéliale de la bouche. Une autre encore, c'est la suppression du substratum premier qu'apporte vraisemblablement à la réparation osseuse la trame même du caillot. Une autre enfin, et non sans doute la moins grave, c'est la suppression des moyens, connus et inconnus, de la défense organique naturelle, soit cellulaire, car la phagocytose normale se conçoit mal dans ces conditions, soit peut-être également chimique.

En voilà plus, sans doute, qu'il n'en faut pour comprendre les faits cliniques qui tombent sous l'observation.

Ces phénomènes cliniques sont : la lenteur de fermeture, la vacuité de la plaie et la mauvaise odeur qu'on y trouve quand on l'explore. Ceci dans les cas légers et en quelque sorte *normaux.*

Quant à la douleur consécutive à l'extraction, elle est presque toujours fonction et indice d'une infection alvéolaire.

Pour éviter ces incidents, l'auteur recommande de réserver la préférence aux solutions les moins nocives localement, en proscrivant les solutions huileuses et celles renfermant des « antiseptiques ».

En outre de l'antisepsie pré et post-opératoire, il recommande le pansement alvéolaire systématique pour lequel il s'est arrêté à la formule suivante :

Caséine formolée.............		20 grammes
Peroxyde de magnésium.......	ãã	5
Charbon végétal pulv..........	ãã	5
Orthoforme..................	ãã	5
Vanilline....................		1 —
Saccharine...................		0 gr. 50 centigr.

Après une avulsion dentaire convenablement faite, l'alvéole est d'abord irrigué avec de l'eau bouillie tiède additionnée d'eau oxygénée (une cuillerée à potage pour un verre).

Ce lavage terminé, l'alvéole est *bourré* avec le mélange ci-dessus qui forme une poudre mobile, facile à manipuler. Cette poudre est poussée dans le fond de l'alvéole avec de petits tampons d'ouate stérilisée qui, naturellement, ne doivent pas être laissés en place. La cavité alvéolaire doit être remplie aussi parfaitement que possible. Pour les dents multiradiculaires, chaque alvéole doit être rempli séparément.

A la mâchoire inférieure, la manœuvre est facile. On dépose la poudre avec une spatule dans la cavité alvéolaire et on l'y tasse avec les

tamponnements d'ouate. Pour la mâchoire supérieure, on s'aide d'une petite cuillère avec laquelle on présente la poudre à l'orifice alvéolaire où les tamponnements l'introduisent : il faut, d'ailleurs, consentir à en répandre un peu dans la bouche, ce qui est sans inconvénient.

Ce *pansement alvéolaire* terminé, le patient doit s'*abstenir de lavages buccaux pendant deux heures.* Ce sera seulement après ce laps de temps qu'il pourra commencer les irrigations usuelles.

Depuis que l'auteur emploie ce procédé il n'a plus observé *aucun* incident alvéolaire ni les *douleurs post-opératoires.*

(G. Mahé, *La Clinique.*)

Anesthésie générale au moyen de la « rachinovocaïnisation » supérieure.

M. Marcorelli, assistant de M. le professeur Fibbi, a pratiqué la novocaïnisation au moyen de la ponction dorsale — suivant la méthode de Jonnesco — dans sept cas : et l'anesthésie a été suffisante pour mener à bien les opérations suivantes : *résection sous-périostée du maxillaire,* amputation du sein, ablation d'un lymphadénome cervical, enfin diverses autres interventions sur les parties supérieures du corps.

Pour opérer sur les viscères de la partie supérieure de l'abdomen, l'auteur a eu recours à la ponction dorso-lombaire, entre la 12e dorsale et la première lombaire.

La dose de novocaïne injectée était 0 gr. 08 auxquels on avait ajouté un demi-milligramme de strychnine — pour la ponction dorsale supérieure — et de 0 gr. 10 auxquels on avait ajouté un milligramme de strychnine — pour la ponction dorso-lombaire.

M. Marcorelli conclut que l'on peut analgésier par la « rachinovocaïnisation » n'importe quelle région du corps, l'anesthésie obtenue ayant une durée suffisante pour permettre les opérations les plus compliquées, et étant bien supportée par les centres supérieurs. Cette anesthésie sans danger ne connaîtrait pas de contre-indication et serait, à tous égards, préférable à celle obtenue par l'inhalation de chloroforme ou d'éther.

(Marcorelli, *Clin. chirurgica.*)

Mort sous l'anesthésie.

Une jeune dame de Rheinfelden (Allemagne), âgée de vingt ans, s'était rendue chez un dentiste, à Säckingen, pour se faire extraire une dent. Dans la crainte de la douleur, elle se fit endormir par un médecin appelé par le dentiste. Qu'arriva-t-il ensuite ? La dose de chloroforme fut-elle trop forte ? La malheureuse ne se réveilla plus.

(*Le Démocrate,* Délémont, 17 février 1911.)

Ingestion d'un dentier.

Un tailleur, en revenant d'un bal masqué à Giessen (Allemagne), avait oublié de retirer son dentier avant de se coucher. Le lendemain matin il s'en aperçut, et comme il éprouvait une douleur dans l'estomac, il se rendit à la clinique où, grâce à une opération, ce dentier put être enlevé ; mais le sujet mourut.

(*Wiesbadener Zeitung,* 3 mars 1911.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Anesthésie des molaires inférieures. — Les molaires inférieures sont, de toutes les dents, les plus difficiles à anesthésier. A part la difficulté d'accès, le tissu gingival de la surface buccale est souvent si mince et l'os est souvent si dense des deux côtés de la dent qu'il est plus malaisé d'obtenir un degré d'analgésie suffisant que dans les autres parties de la bouche. Injecter d'abord le côté lingual très complètement ; sur la surface buccale injecter juste en avant de la racine antérieure, tout contre l'alvéole. Puis retirer l'aiguille et l'introduire de nouveau entre les racines et recourir à une forte pression. La patience exigée par ce procédé sera récompensée par l'absence totale de douleur et la satisfaction du patient et du praticien. *(Brit. J. of dent. Sc.)*

Nouveau métal pour poinçon. — Le nouveau métal pour estamper les plaques d'or se compose de parties égales de zinc et d'étain. Il ne se contracte pas et permet à la matrice de plomb d'être coulée par-dessus. Avoir soin toutefois de ne pas le manier quand il est chaud, car même à 300 degrés il est quelque peu plastique et se brise aisément.

Réparation d'une couronne à coquille. — En enlevant une couronne à coquille M. Luttropp, de Boston, emploie des meules de caoutchouc à bord coupant ou en carborundum avec lesquels il fend la couronne et, dans certains cas, il coupe à moitié la surface occlusale. Ce procédé ne blesse pas le patient et il n'est jamais besoin de briser les dents comme c'est souvent le cas avec les pinces à fendre. Il n'essaye jamais d'enlever une couronne autrement, à moins qu'elle ne soit posée dans la gutta. Enlever le ciment, nettoyer dans l'acide, retailler avec des pinces. Couper une bande étroite de platine en feuille au 1.000 et la placer dans la couronne sous la fente, où la couronne a été usée. Enfoncer alors de l'asbeste rugueux dans la couronne pour maintenir le platine en place. Couler en fondant, chauffer et souder. Tout cela ne dure que quelques minutes.

Quand la gencive est en retrait, il enlève la couronne comme à l'ordinaire, fait un cylindre de feuille de platine au 1000, l'adapte dans la couronne, presse en place avec de l'asbeste, coule du fondant et de la soudure à 20 carats où il est indiqué, façonne, fait bouillir dans l'acide, finit et polit. La couronne est aussi bonne que jamais et souvent va beaucoup mieux, surtout si la couronne primitive était trop grande. *(It. of int.)*

Bourrage et vulcanisation sans enlever les dents du modèle. — En bourrant, si l'on a laissé par hasard un peu de cire sur le modèle, le caoutchouc, surtout le rose, après avoir été vulvanisé, est plus mou à la surface, à l'endroit où la cire fondue a été en contact avec le caoutchouc, et ne peut pas se polir aussi bien à moins qu'on n'enlève plus de vulcanite qu'il ne faudrait d'ordinaire.

Une fois la vulcanite bourrée, recouvrir pour empêcher le plâtre du moufle de couler entre quelques-unes des couches de caoutchouc, au-dessous, ou entre celles-ci et les dents, car il est impossible de presser le caoutchouc aussi fort avec une spatule chaude qu'avec les écrous du moufle.

Pour recouvrir employer du papier ou la toile qui sépare les feuilles de caoutchouc quand on l'achète. Couper les morceaux un peu plus grands que le caoutchouc à couvrir, les imbiber pour les rendre mous et endurcir un côté d'une pâte. Le modèle et les dents doivent être secs afin que la pâte y adhère. Cela empêche le plâtre, dans le moufle, de couler dans les interstices et le polissage se fait sans difficulté. (*Dent. Summary.*)

Prophylaxie de la pyorrhée. — Dans le traitement de la pyorrhée l'oxyde de zinc pur, légèrement humecté de sanitol, d'huile de Wintergreen, etc., donne une saveur appréciée par le patient, est d'un excellent emploi pour le polissage à main ou avec la peau d'élan sur le tour pour donner aux dents un beau poli. Si le travail initial a été bien fait, si ce poli est maintenu, cela guérira l'état anormal. (*Dent. Summary.*)

Une bonne plaque-base. — On peut faire une bonne plaque-base ; ne se tordant pas aussi facilement que la paraffine et les plaques de cire, en enroulant du composé à modeler autour d'une baguette de verre, en se servant d'un long verre à boire comme rouleau. Plonger la baguette et le verre dans l'eau chaude avant de s'en servir et les laisser mouiller pour empêcher le composé d'adhérer. Quand on a des feuilles de l'épaisseur voulue, couper en carré de 75 $^{m}/_{m}$. Mouler sur le modèle, amollir dans l'eau chaude, adapter au modèle et enlever l'excès avec un couteau chaud. Pour adaptation parfaite chauffer le composé sur un Bunsen et le presser en place avec un morceau de coton absorbant, plongé dans l'eau chaude. La plaque de Kingsley ordinaire se prépare par l'addition de cire jaune. (*Odontologist.*)

Restauration de molaires perdues. — Cette méthode comprend simplement un bridge coulé avec attaches d'inlay. Le trait distinct consiste à cimenter seulement une extrémité, en laissant l'autre dans une rainure dans un inlay cimenté. Après avoir coulé la barre, un inlay bien posé supportera deux dents. Cette méthode permet d'investir naturellement les dents qui y sont fixées ; tandis que si le bridge était soudé aux deux inlays, l'un des deux perdrait son ciment. (*Dent. Summ.*)

Teinte des dents artificielles. — Les couleurs minérales et les couleurs à l'huile sont absolument indispensables à celui qui veut

atteindre la perfection. Il n'existe pas de coloration ou de teinte qu'on ne puisse reproduire et l'expérience prouve que toutes les dents de porcelaine placées dans la bouche auraient un aspect plus naturel si les teintes pouvaient être étendues sur leurs faces labiales ou buccales.

Avec un petit pinceau en poil de chameau humecter la surface de la dent, puis plonger le pinceau dans la teinte préalablement mêlée et, avec un coup du pinceau au travers de la surface de la dent, la teinte sera également répandue où il le faut. Passer sur toute la surface de la dent pour obtenir les meilleurs résultats et avoir soin d'éviter les taches en laissant la teinte s'accumuler par places.

Ces teintes peuvent être cuites avec un four quelconque donnant 1500 degrés F. *(Dent. Review.)*

Anesthésie par pression. — Après nettoyage complet de la cavité, sans aller trop profondément pour causer de la douleur au patient, placer dans la cavité un petit morceau de chlorhydrate de cocaïne de la grosseur d'une tête d'épingle, puis, au-dessus, un morceau de vulcanite de façon à faire pénétrer l'anesthésique dans la dent dans le sens de la pulpe.

Exercer la pression tout doucement au début, puis on peut placer un second morceau de vulcanite sur le premier et exercer une pression plus grande. Quand on constate qu'un effet est produit, on peut enlever le caoutchouc et essayer la dent avec une goutte d'eau froide ; si une réaction est remarquée, recommencer l'essai ; s'il n'y a pas de douleur, excaver rapidement avec une fraise à bouton ronde pour frayer un accès jusqu'au canal ou aux canaux radiculaires, suivant le cas. Si l'on tarde à atteindre les diverses branches de la pulpe, comme dans le cas de dents postérieures, on peut recommencer. Dans les dents qui n'ont pas présenté d'inflammation grave causant de la douleur, obturer les canaux dès que le sang a cessé de couler ; dans le cas contraire il est plus prudent d'obturer la cavité pendant quelques jours avec un pansement antiseptique dans les canaux. Employer cette méthode pour toutes les dents, depuis les incisives centrales jusqu'aux troisièmes molaires. *(Dent. Summ.)*

Coulage des cuspides. — Il est aisé de couler les cuspides sur une bande pour une couronne.

Ajuster la bande à la racine à couronner, placer de la cire à inlay au-dessus du ruban et dire au patient de fermer la bouche. Avec un instrument chaud fixer la cire au ruban à un endroit convenable. Refroidir avec de l'eau et glisser le ruban. Avoir soin de ne pas déplacer la cire. Sculpter les cuspides et enlever du dedans l'excès de cire, en laissant aux cuspides l'épaisseur voulue. Fixer un fil métallique cassant et couler les cuspides directement sur le ruban. On peut employer de la soudure autour de la jointure à l'intérieur pour être sûr que la jointure est parfaite, mais cela n'est pas nécessaire. Quand la racine est brisée, on peut presser à l'intérieur du ruban du coton humide pour empêcher un excès de cire.

On peut faire fondre et employer des déchets d'or d'un titre suffisant pour couler les pointes. *(Dent. Summ.)*

Pointillage de la gencive. — Quand la gencive rose est polie, passer sur la surface avec un maillet électrique (je me sers d'une pointe faite d'un excavateur à cône brisé, dont l'extrémité est arrondie) ; cette méthode permet de distribuer le pointillage exactement comme dans la nature et laisse la gencive unie au bord immédiate, avec des entailles peu nombreuses au-dessus des racines et très nombreuses entre les dents. *(Dental Surgeon.)*

Moyen de produire des rugosités sur une plaque de vulcanite. — Prendre une bonne empreinte de la bouche avec des rugosités bien marquées. En faire un moulage en plâtre et laisser sécher jusqu'à ce qu'il résonne comme un morceau de métal. Couper un morceau d'une feuille d'étain épaisse et l'enfoncer dans les rugosités en suivant les dépressions avec un brunissoir. Retourner la feuille et remplir le côté convexe avec de la cire dure. Placer dessus la cire de la plaque et ajuster soigneusement. Après séparation l'envers des rugosités apparaîtra bien mieux qu'en essayant de sculpter. *(Dental Digest.*

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

(Résumé des procès-verbaux.)

Séance du 1er juillet 1910.

Présidence de M. Francis Jean, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la séance du 17 mars 1910 et du procès-verbal du bureau du 29 avril 1910. — *Adopté.*

Le président signale l'importance des questions d'hygiène dentaire et donne lecture de lettres de M. Jessen, président de la C. H. F. D. I., proposant de former en France, à l'exemple de divers pays du Nord, un Comité national d'hygiène dentaire.

Il communique une lettre de M. Fabret, de Nice, qui demande à faire partie de ce Comité, au nom de la Société qu'il préside.

Il donne lecture d'une lettre de M. Lenhardtson relative à la formation de ce Comité. Il ajoute que le devoir de la F. D. N. est de constituer ce Comité avant l'ouverture du Congrès d'hygiène scolaire.

Il propose que la F. D. N. se constitue immédiatement en Comité national d'hygiène dentaire. — *Adopté.*

Il est décidé que le Comité s'adjoindra toutes les personnes s'intéressant à l'hygiène dentaire, qu'elles appartiennent à la profession dentaire ou non.

M. Godon propose que, à l'exemple de ce qui se fait à l'étranger, il soit formé dans chaque ville, quand ce sera possible, un sous-Comité qui s'adjoindra le plus grand nombre de membres possible. — *Adopté.*

M. Siffre propose la formation d'un Comité exécutif de six personnes.

M. Godon estime que le bureau est tout qualifié pour faire l'office de ce Comité, en y adjoignant trois ou quatre membres.

M. Roy appuie cet avis.

Le Bureau, qui compte cinq membres, est constitué avec l'adjonction de MM. Siffre, Franchette et Roy, en Comité exécutif, en y comprenant M. Godon, président d'honneur.

M. Roy propose que ce Comité admette toutes les adhésions qu'il pourra recueillir sans en référer à la F. D. N. et qu'il soit, pour cela, imprimé des bulletins d'adhésion, qui seraient remis à ses membres. — *Adopté.*

M. Godon demande qu'il soit bien entendu que le Comité national sera rattaché à la F. D. I. — *Adopté.*

Il est décidé que le Comité exécutif se réunira le jeudi 7 juillet.

Le président rappelle qu'à l'occasion du Congrès d'hygiène scolaire la Commission d'hygiène de la F. D. I. viendra à Paris. Il propose que la F. D. N. reçoive cette Commission à Paris en lui prêtant ses locaux et en lui offrant un déjeuner. — *Adopté.*

Le président appelle l'attention de l'assemblée sur le stage de prothèse.

M. Godon dit que quelques journaux professionnels ont critiqué l'enseignement de la prothèse dans les écoles dentaires. Le Conseil d'administration de l'E. D. P. s'est alors demandé si ces critiques avaient quelque apparence de réalité, si cette école était bien préparée pour donner cet enseignement à la rentrée prochaine et elle a chargé M. G. Villain de lui présenter un rapport sur la question, puis de l'envoyer à l'A. G. S. D. F. qui peut s'en occuper en tant que société professionnelle, enfin à la Faculté de médecine qui pourrait utilement surveiller l'application du décret du 11 janvier 1909.

Il propose en conséquence d'entendre la lecture de ce rapport, d'en discuter les conclusions et de nommer une Commission de surveillance de l'application du décret. — *Adopté.*

M. G. Villain donne lecture de ce document.

M. Godon propose de dégager du rapport de M. G. Villain quelques conclusions formulées en un ordre du jour pour demander notamment que le stage se fasse dans les écoles ou chez les dentistes qui ont un laboratoire suffisamment bien organisé, enfin et surtout que le stage soit effectif et surveillé par les sociétés professionnelles. — *Adopté.*

Il ajoute qu'il est d'avis de publier ce rapport et propose que le Bureau s'entende dans ce but avec l'auteur. — *Adopté.*

Il propose un ordre du jour qui est adopté.

M. Siffre demande qu'il soit bien indiqué que le rapport a été fait pour le Conseil d'administration de l'E. D. P. — *Adopté.*

M. Roy propose que la Commission de surveillance ou de contrôle centralise les renseignements et les plaintes qu'elle recevra sur le stage pour en saisir qui de droit. — *Adopté.*

M. Godon signale l'effet moral qu'aura la constitution de cette Commission de contrôle ; il propose que le Bureau de la F. D. N. fonctionne comme Commission de contrôle. — *Adopté.*

M. Siffre propose que la F. D. N. s'occupe de la composition du jury d'examen de validation du stage. — *Adopté.*

Il est décidé que la F. D. N. ne prend pas de décision en ce qui concerne l'admission des stagiaires pour les professeurs des écoles dentaires et laisse à chaque école le soin de statuer à cet égard.

M. Mendel-Joseph propose que la F. D. N. émette le vœu que les écoles bien organisées pour l'enseignement de la prothèse soient seules admises à recevoir des stagiaires, l'expérience ayant démontré que l'enseignement dans le laboratoire donne des résultats insuffisants. — *Adopté* pour être joint à l'ordre du jour précédent.

M. Siffre propose que la Commission de contrôle fasse pour la prochaine réunion un rapport officiel à la F. D. N. sur l'enseignement stagiaire dans les écoles où elle sera admise à pénétrer. — *Adopté.*

Il demande, avec *MM. Franchette* et *Godon,* que la Commission

vienne visiter l'Ecole dentaire de Paris et l'Ecole odontotechnique. — *Adopté.*

Le Président fait un appel en faveur des Congrès de Toulouse, Bruxelles et Paris.

Il est décidé que les membres de la F. D. N. qui iront à Bruxelles seront considérés comme représentants de la F. D. N.

Il est décidé que la prochaine réunion aura lieu à Toulouse.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
BLATTER.

Séance du 2 août 1910 (à Toulouse).

Présidence de M. FRANCIS JEAN, président.

Le président prononce une allocution exposant les manifestations auxquelles la F. D. N. a pris part.

M. Bonnet annonce la création projetée d'une école dentaire à Toulouse et énumère les arguments qu'invoquent ses confrères de cette ville et de la région pour s'opposer à cette création et propose d'émettre un vœu tendant à dissuader la Faculté de médecine de cette création.

Après un échange d'observations entre *MM. Roy, Grimaud, Chemin, Cavalié, Godon, Pailliottin, Siffre,* la résolution suivante est adoptée :

« La F. D. N. approuve entièrement l'exposé des motifs fait par M. Bonnet au nom de ses confrères toulousains et déclare ne pas approuver le projet de création d'une école dentaire à Toulouse ».

Il est décidé que cette résolution sera jointe au rapport présenté par M. Bonnet et communiquée en même temps au Conseil de l'Université de Toulouse.

Le président invite le Président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de Toulouse à organiser celui-ci en Comité d'hygiène dentaire du département de la Haute-Garonne.

M. Siffre estime nécessaire de créer trois Commissions spéciales : adultes, militaires, enfants.

Après observations de *MM. Godon* et *Grimaud*, le principe de ces Commissions.

Le président rappelle le but et les moyens d'action du Comité national d'hygiène dentaire.

La séance est levée.

Le secrétaire intérimaire,
PAILLIOTTIN.

Séance du 24 mars 1911.

La F. D. N. s'est réunie le 24 mars sous la présidence de M. Francis Jean.

Elle a entendu et approuvé le rapport de M. Richaume, trésorier.

Elle a pris connaissance du projet de statuts de la H. C. F. D. I.

communiqué par M. Jessen, mais a ajourné sa décision jusqu'à ce qu'elle soit saisie du nouveau projet annoncé.

Le Président a fourni des renseignements sur la constitution du Comité d'hygiène dentaire et communiqué un projet de statuts à soumettre à une assemblée constitutive pour approbation. Après diverses modifications ce projet a été adopté en principe.

Il a été décidé que la F. D. N. ne nommera de délégués au Congrès dentaire organisé à Rouen que si le Comité d'organisation lui demande son patronage au même titre qu'il l'a demandé au Syndicat.

L'assemblée a procédé ensuite au renouvellement de son Bureau.

M. Fabret, notre confrère de Nice, a reçu beaucoup de demandes de renseignements sur le fonctionnement de la clinique scolaire de cette ville ; il nous prie de répondre à tous en publiant le petit rapport suivant.

RAPPORT

Présenté par M. Fabret, *de Nice, à la F. D. N.*

Notre région est une des plus rébarbatives de toute la France aux idées d'hygiène. La proximité des montagnes aux villages inaccessibles où la civilisation pénètre à peine avec les routes récentes, dont les habitants déversent le trop plein de leur grouillante population dans la ville, en est une cause. La présence à Nice de plus de trente mille Piémontais réfractaires aux idées d'hygiène en est une autre ; enfin, le climat si doux qui fait qu'on se laisse vivre confiant au soleil seul le soin de lutter contre les infections de toute nature qui menacent l'homme, n'est pas pour peu dans la négligence du peuple pour les soins hygiéniques. Vu l'état innomable de malpropreté buccale dans lequel se présentaient mes consultants à la clinique de l'hôpital, je résolus de tenter quelque chose pour y porter remède.

J'exhortais chaque patient et les faisais revenir pour voir si mes indications avaient été suivies. Hélas je prêchais dans le désert, car aucun d'eux ne tenait compte de mes observations ! Je pensais alors à la diffusion des préceptes d'hygiène propagés à l'étranger dans les écoles et je reconnus que c'était bien chez l'enfant et dès l'enfance qu'il fallait intervenir.

Je fis d'innombrables démarches auprès des autorités compétentes et profitai de l'installation d'un service médical scolaire pour me glisser parmi les spécialistes.

Je fus souvent regardé en intrus et je passerai sur les difficultés que j'eus tout d'abord de m'introduire dans les écoles, puis à décider les petits patients à prier leurs parents de consentir à ce que l'on prît soin de leur bouche. Je donnai d'abord ces soins à ma consultation cli-

nique de l'hôpital, mais cela augmenta tellement le nombre des malades qui se pressaient à la porte de l'hôpital que le directeur s'opposa à la réception des écoliers.

J'élus domicile dans le cabinet du directeur d'une école. Fort obligeamment il me cédait la place tous les jeudis, mais tout manquait pour bien faire et conduire la moindre opération d'une manière satisfaisante.

Je harcelai l'inspecteur d'Académie qui sentait aussi bien que moi la chose nécessaire, mais ne savait où me loger. Enfin on me fit espérer que dans une école nouvellement construite on me trouverait un coin.

De fait, quelque temps après, en automne 1908, nous visitâmes un superbe groupe scolaire bâti rue Segurane. En compagnie de l'Inspecteur primaire et de l'architecte de la ville, nous nous efforcions de trouver un local désaffecté. Ne rencontrant rien de propice nous décidâmes de nous rabattre sur le vestiaire des instituteurs, petite pièce carrée de 3^{m} 50 sur 3^{m} de haut avec une petite fenêtre au nord.

Naturellement j'acceptai avec empressement et installai là fauteuil, table et armoire aseptique.

Je refis mes inspections, accompagnées de conférences et démonstrations, résultat : ma petite clinique fut débordée et devint notoirement insuffisante ! Nouvelles démarches pressantes au cours desquelles j'insistai d'autant plus que je savais faire œuvre utile, et si bien qu'on me donna en 1909 une immense salle, bien aérée, bien éclairée et parfaitement agencée.

Un bureau et un grand tableau noir me permettent d'y donner des conférences ; aussi ai-je traité devant les instituteurs, les institutrices, les directeurs, les élèves des cours complémentaires, divers sujets dangereux de l'hygiène dentaire négligée : L'influence de la mastication dans la nutrition. — De la mastication humaine et comparée. — La carie dentaire et son traitement — le tout appuyé de démonstrations pratiques sur des sujets choisis parmi l'auditoire.

Aussi je puis dire que l'hygiène dentaire fait ici un grand pas. Dans mes inspections je ne suis plus l'intrus des premiers temps, les instituteurs me regardent comme un collaborateur entendu et les élèves voient venir à eux l'ami qui soulage en amusant. Je constate avec plaisir qu'à de rares exceptions près toutes ces petites bouches sont lavées et brossées consciencieusement.

Mon inspection a toujours lieu le mercredi matin à 8 heures ; le lendemain jeudi, toutes les bouches signalées la veille comme ayant besoin de soins sont examinées. Loin de faire attendre mes petits patients dans une salle voisine, je fais ranger en cercle mon petit monde et devant tous je fais des démonstrations.

Ils sont ravis et amusés à la vue du petit camarade dont la dent de lait saute sans qu'il sente la moindre douleur et ils sont fort étonnés

de voir qu'une grosse molaire difficile subit chez un autre le même sort, sans qu'il y ait la moindre sensibilité ; aussi, s'empressent-ils tous. Les grands sont heureux de jouer un petit rôle. L'un fait rincer la bouche aux opérés, l'autre inscrit les noms et les opérations faites, un troisième stérilise les instruments, et tout ce petit monde manifeste son contentement à l'issue de chaque opération. Nous faisons aussi à chaque clinique de soixante à cent extractions, des pansements et quelques pulpectomies. Nous n'avons certes pas la prétention de soigner à fond les 8.000 bouches qui à Nice nécessitent des soins, mais nous faisons de la bonne éducation dentaire.

Ce sont les enfants qui, rentrés chez eux, instruisent leurs parents par le récit de ce qu'ils ont vu à la clinique. Aussi les parents commencent à s'y intéresser. Nombreux sont ceux qui, le lendemain, se rendent à l'école pour obtenir des renseignements et se rendent ensuite chez les confrères pour faire mettre la bouche de leurs enfants en état.

Mais il y a mieux encore. Instruit de ce qui était fait à Nice pour l'hygiène dentaire scolaire, le Conseil général des Alpes-Maritimes émettait en mai 1910 le vœu que des inspections scolaires et des cliniques fussent organisées dans tout le département.

A cet effet, M. le Préfet des Alpes-Maritimes nous chargea, le Dr Balestre, professeur agrégé et chef du Comité d'hygiène départementale, un confrère, M. Lions, et moi, d'organiser l'Inspection dentaire départementale. Ce travail d'organisation est aujourd'hui terminé et bientôt les villages perdus dans les montagnes verront venir à eux des conférenciers doublés de démonstrateurs qui les initieront aux bienfaits de l'hygiène buccale.

Pendant ce temps, peu à peu, les cliniques s'installeront dans chaque chef-lieu de canton où des confrères mettront en pratique ce que les théoriciens auront démontré.

Mais tout ceci n'est qu'un premier pas, et tout reste à faire. La clinique scolaire de Nice, si grande qu'elle soit, devient de nouveau insuffisante et les fonds accordés sont encore bien minimes en regard de l'énorme quantité de bouches en mauvais état qu'on vient nous montrer.

Il faudrait compléter professionnellement les services rendus par la clinique scolaire. J'ai exposé, dans une conférence au Congrès de Marseille en novembre 1910, une idée qui donnerait à tous satisfaction : elle consiste dans la création de mutuelles dentaires scolaires. En voici le principe : l'enfant verserait quelques sous par semaine, moyennant quoi ses dents seraient conservées en bon état par des praticiens expérimentés.

La clinique scolaire continuerait à répandre ses bienfaits en soignant tous les cas ordinaires ; et tous soins spéciaux seraient confiés à des confrères inscrits sur une liste. Ceux-ci recevraient une rétri-

bution suffisante pour leur permettre de donner des soins parfaits.

Cette mutuelle scolaire pourrait plus tard se continuer en mutuelles civiles, qui seraient de véritables sociétés d'assurance contre le mal aux dents.

Mais ceci admet une époque où le public éduqué se rendra parfaitement compte qu'il est au moins aussi utile d'avoir une dent aurifiée qu'un bijou à son doigt. En attendant, nous devons tous persévérer dans la voie éducatrice et n'épargner ni notre temps ni notre peine, qu'un succès déjà naissant encourage et récompense.

Pour vulgariser les préceptes d'hygiène dentaire, j'ai publié à ce jour deux ouvrages : Soignons nos dents (traité d'hygiène dentaire chez l'enfant) et un traité d'hygiène dentaire chez l'adulte. Ces deux ouvrages sont complètement épuisés.

Sous presse : « l'Hygiène dentaire à l'École » comprenant, en outre de considérations générales, vingt leçons sur les dents, leurs maladies, leurs traitements. Pendant ce temps paraissaient divers opuscules : *Savez-vous manger ? — L'Hygiène dentaire et la foule. — Les dents de lait. — La mastication comparée. — L'instituteur et l'hygiène dentaire. — Les microbes de la bouche. — Les remèdes empiriques. — Delenda dentitio!* etc.

Association des Dentistes
du Rhône et de la Région

SIÈGE SOCIAL :
2, Rue Auguste-Comte
LYON

SOUSCRIPTION

En vue d'élever un Monument à la Mémoire du Docteur Claude MARTIN

Le 31 janvier dernier ont eu lieu les obsèques du Dr Claude Martin. A l'issue de la cérémonie, un certain nombre de ses élèves, de ses amis, de ses confrères, réunis par hasard, ont pensé que le souvenir de celui qu'on a si justement appelé un technicien de génie devait être perpétué par un monument digne de lui, digne de la profession à laquelle il avait consacré sa vie. Le principe d'une souscription universelle fut aussitôt admis, à laquelle seraient conviés tous ceux qui, à des titres divers, avaient connu, admiré ou aimé le grand homme disparu, c'est-à-dire les dentistes de toutes origines, odontologistes, patentés, stomatologistes, les chirurgiens, les médecins, les malades, les patients, les amis.

A tous ses confrères Cl. Martin a rendu d'inoubliables services, en créant des méthodes nouvelles, en leur donnant les moyens d'étendre leur champ d'action, en leur prodiguant, pour ainsi dire chaque jour, les trésors de son génie et de son expérience. Il est à peine besoin de rappeler ce qu'il fut pour les malades pauvres ; son désintéressement

est devenu proverbial. A de nombreux patients il a donné ses soins avec toutes les ressources de son ingéniosité ; à ses amis il a donné son cœur. Que tous se souviennent !

L'Association des dentistes du Rhône et de la Région, dont Cl. Martin fut le Président pendant douze années consécutives, composée de praticiens de toutes origines dont tous furent ses élèves ou ses amis, a paru désignée pour centraliser les souscriptions. Elle adresse un pressant appel à tous ceux qui pensent que le souvenir du Maître disparu doit être matérialisé dans un monument sur la nature duquel il sera statué, une fois close la souscription, d'accord avec la famille et les représentants des divers groupements. Toutes les souscriptions, si minimes soient-elles, seront acceptées avec reconnaissance ; il importe qu'elles viennent nombreuses, surtout des membres de notre profession que Cl. Martin a tant aimée.

Pour l'*Association des Dentistes du Rhône et de la Région :*

Dr Julien TELLIER, de Lyon, *Président.*
FLEISCHMANN, de Lyon, chirurgien-dentiste, *Vice-Président.*
BOUVIER, de Lyon, dentiste, *Trésorier.*
Dr CAILLON, de Lyon, *Secrétaire.*
G. COQUIER, de Vienne, chir.-dentiste.
Ant. DURAND, de Lyon, dentiste.
DURIF, de Lyon, chirurgien-dentiste.
HARWOOD, de Lyon, ch.-dent., D.D.S.
Dr OLLAGNIER, de Saint-Etienne.
Dr PONT, de Lyon.
QUINTERO, de Lyon, D. D. S., Ex-Président de l'American Dental Society of Europe.
Dr REBOULET, de Lyon.
ROHMER, de Lyon, dentiste.

PREMIÈRE LISTE DE SOUSCRIPTION

Association des Dentistes du Rhône	200	francs
Province dentaire :		
Dr PONT, directeur	200	—
M. FLEISCHMANN, rédacteur en chef	100	—
M. RATON, administrateur-gérant	100	—
Drs J. et C. TELLIER	200	—
Dr CAILLON	100	—
G. et C. COQUIER	100	—
Ant. DURAND	20	—
HARWOOD	100	—
QUINTERO	100	—
Dr REBOULET	100	—
ROHMER	100	—
ANONYME	20	—
Total de la première Liste	1.440	francs

Prière d'adresser les souscriptions

à M. Caillon, 1, rue Victor-Hugo, Lyon

ou à M. l'Administrateur-Gérant du Journal

SYNDICAT DENTAIRE DE BORDEAUX

Nous avons reçu de M. A. Loup, secrétaire du Syndicat dentaire de Bordeaux, l'ordre du jour suivant, avec prière de l'insérer :

Le Syndicat dentaire de Bordeaux, dans sa dernière réunion, après avoir entendu un membre du Syndicat signalant les annonces de mécaniciens ou d'étudiants se proposant comme opérateurs chez les chirurgiens-dentistes, sans être munis des titres exigés par la loi ;

Après avoir délibéré ;

Considérant que l'insertion de ces demandes facilite et encourage l'exercice illégal de l'art dentaire ;

Considérant que les syndicats ont le devoir de sauvegarder les intérêts des professionnels exerçant légalement une profession réglementée par des lois ;

Considérant que les journaux professionnels insérant des annonces semblables facilitent le recrutement des opérateurs marrons et combattent en fait l'œuvre de défense professionnelle qui incombe aux syndicats ;

Considérant, d'autre part, que le fait d'insérer les annonces des opérateurs illégaux semble leur accorder le bénéfice de l'autorité morale des revues professionnelles ;

Décide d'adresser copie de cet ordre du jour, avec prière d'insérer, à toutes les revues, en leur demandant de ne plus faire paraître dans leurs colonnes les demandes d'emplois du genre spécifié plus haut, qui mettraient les syndicats dans l'obligation de poursuivre les dentistes, pour complicité d'exercice illégal et de concurrence déloyale, et les mécaniciens, pour exercice illégal d'une profession réglementée par la loi du 30 novembre 1892.

CONGRÈS MONDIAL DES ASSOCIATIONS INTERNATIONALES

Le Congrès mondial des Associations internationales a tenu ses assises à Bruxelles du 9 au 11 mai 1910. Cent trente-deux associations y ont adhéré. Il avait pour objet l'étude de l'organisation internationale dans tous les domaines et sous toutes les formes ; la science et l'art, le droit et l'organisation politique, les œuvres sociales et le domaine économique.

Au nombre des Associations adhérentes nous relevons dans le Bulletin de l'*Institut international de bibliographie* (fasc. 3-6, 1910),

auquel nous empruntons ces renseignements, l'*Association stomatologique internationale*, la *Fédération dentaire internationale.*

L'organisation internationale, due à un mouvement vaste et continu, séculaire quant à son origine, mais qui a pris son grand développement en ces dernières années, tend à une coopération plus grande entre les groupes similaires de tous les pays, à l'extension au monde entier des grandes conquêtes du savoir et de la technique, à l'unification des méthodes et à l'entente internationale sur tous les points où elle est possible et reconnue désirable.

Nous sommes heureux de voir la Fédération dentaire internationale participer à ce mouvement.

Souscription Loriot.

Nous publions ci-après la liste des confrères qui ont participé à la souscription ouverte par le Groupe des amis des écoles dentaires de Paris et de l'A. G. S. D. F. que nous avons annoncée dans notre dernier numéro et qui s'élève aujourd'hui à 1.700 francs.

Advencer.
Amoëdo.
André.
Audy.
Bacri René.
Bacri Henry.
Baelen.
Barden.
Barrié.
Beechœffer Mlle
Bignault.
Billet.
Bioux L.
Blatter.
Borkowski.
Boudot.
Bouillant.
Boyer.
Cahen.
Association générale des dentistes de France.
Ecole dentaire de Paris
Cauhepé.
Cecconi A.
Cernéa.
Chaillou-Ricatte et Mme
Chesne.
Choquet.
Collard.
Cotel A.
Crocé-Spinelli.
D'Argent A.
Daunis.
Davigneau.
Debray (Paris).
Dehogues.
De Kisch.
De La Loge.
Demeulle.
De Névrezé.
Denninger.
Desforges.
Devoucoux G.
Doré.
Dreyfus.
Dumont.
Dunoyer.
Dupontreué.
Duz.
Eudlitz.
Fichet.
Fié.
Florentin.
Flygare.
Fonsèque.
Fontanel.
Fouques G.
Fouques R.
Fourquet.
Franchette.
Frenkel Mme.
Frey.
Fromentin.
Galland.
Gatineau.
Geoffroy.
Girardin.
Godefroy.
Godon.
Goyeneix.
Graff.
Grout.
Guichard.
Heïdé.
Hellion.
Jahan.
Jean (Francis).
Jeay.
Jouard.
Keall.
Kern.
Kritchewsky B.
Lalement.
Lanos.
Lazare-Frey Mme.
Legros.
Lejeune.
Lemaire Mme.
Lemaire.
Lemerle L.
Lemerle G.
Lemière R.
Levett.
Machtou.
Magub.
Martine.
Masson.
Mooser.
Mathieu.
Mendel-Joseph.
Meng.
Meunier.
Miégeville.
Morineau.
Mouton.
Osterberg.
Pailliottin.

Payan.
Philippoteaux.
Pillière.
Pittet.
Prat.
Prével A.
Quillet.
Raff (Rouen).
Ratoré.
Rebel.
Renhold Michel.
Ricou.
Robin Georges.
Rollin.
Roussel Geo.
Rousset.
Roy.
Rubens Nathan
Ruppe.
Saguet.
Saurain.
Sauvez.
Schwabacher.
Seimbille.
Sénécal.
Siffre.
Smadja F.
Société odontologique de France.
Solas.
Sommer Mlle.
Sordoillet (Nancy).
Steinberg.
Tamisier.
Tanqueray.
Tariote.
Tireau.
Touchard.
Touvet-Fanton.
Tritsch.
Vanel.
Vasserot.
Vieilleville.
Villain G.
Villain H.
Werndl.
Zamkoff.
Zimmermann.

Le Comité : D'ARGENT, BLATTER, ROY, DREYFUS, G. VILLAIN.
Le Secrétaire : H. VILLAIN.

Comité national français d'hygiène dentaire.

Le Comité d'initiative, dans sa réunion du 7 avril 1911, a décidé :

A De fixer au 20 avril prochain la clôture de la liste des adhérents provisoires ;

B De fixer au 5 mai prochain la réunion de l'assemblée constitutive, dont l'ordre du jour sera le suivant :

1° Exposé des travaux ;
2° Discussion du projet de statuts et adoption ;
3° Nomination du conseil d'administration.

NOTA. — A l'issue de la séance, le Conseil d'administration nommera son bureau.

Faire parvenir sans retard les adhésions à M. Francis Jean, 35, rue Tronchet.

CORRESPONDANCE

Nous recevons du Bureau de l' « Union corporative des anciens étudiants et étudiants en chirurgie dentaire » une intéressante lettre dont l'abondance des matières nous oblige à ajourner la publication au prochain numéro.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas d'Odontologie en vues stéréoscopiques.

Par Karl Witzel [1].

M. Karl Witzel a entrepris de publier un Atlas d'Odontologie avec figures et texte explicatif dont nous avons reçu la première partie, consacrée à l'anatomie. C'est un album de vingt-sept photographies stéréoscopiques parfaitement exécutées et montrant les modifications successives des maxillaires et des dents, de la naissance à la vieillesse, chacun de ces crânes étant représenté de face et de profil.

Les parois alvéolaires ayant été enlevées sur la plupart des pièces, il est ainsi facile d'étudier l'évolution des dents. On suit les modifications de l'angle du maxillaire et du trou mentonnier aux différents âges et les transformations du massif facial en rapport avec le développement des dents. Ces planches, fort bien présentées, sont accompagnées d'un texte explicatif en allemand, en anglais et en français qui permet de suivre aisément la suite des photographies et en signale les points intéressants.

Cet atlas constitue un ensemble des plus instructifs qui permet à chacun d'avoir à sa disposition une collection anatomique parfaite que l'on ne pourrait rencontrer que dans les musées de faculté.

Modern Dental Materia Medica, Pharmacology and Therapeutics.

Par J. P. Buckley [2].

M. Buckley, professeur de matière médicale, pharmacologie et thérapeutique au *Chicago College of Dental Surgery*, dont le traitement des pulpes mortifiées par le crésol-formol est bien connu, vient de faire paraître un intéressant traité qui résume son cours. L'ouvrage est divisé en deux parties. La première est consacrée à la matière médicale et à la pharmacologie où l'auteur étudie successivement tous les médicaments qui intéressent le dentiste.

Dans la seconde partie l'auteur s'occupe de la partie pratique de la thérapeutique, qu'il sépare avec raison de la dentisterie opératoire avec laquelle elle a été trop longtemps confondue. Il passe en revue les diverses affections des dents et des parties annexes et donne pour chacune d'elles les indications thérapeutiques.

1. Chez Julius Springer, Berlin.
2. Chez Blakiston's Son et Co, Philadelphie.

Dental Materia Medica and Therapeutics.

Par Hermann Prinz [1].

Dans ce traité de matière médicale l'auteur étudie les médicaments employés en art dentaire et leurs applications thérapeutiques. Il essaye de classer les médicaments en combinant les recherches de la pharmacologie et les observations cliniques. C'est ainsi qu'il établit deux grandes classes : 1° les médicaments qui n'exercent pas d'action définie sur des organes en particulier (antiseptiques, caustiques, hémostatiques, etc.) ; 2° les médicaments ayant une action sur des organes particuliers (agents de blanchiment, solutions pour la bouche, anesthésiques, stimulants, etc.). Comme on le voit par ces quelques exemples, cette classification prête à de nombreuses critiques.

L'auteur consacre un chapitre intéressant aux méthodes de traitement par l'hyperémie locale dont Bier en Allemagne s'est fait le défenseur en chirurgie générale, ainsi qu'au traitement par la lumière et les rayons X. L'ouvrage se termine par un chapitre consacré à l'anesthésie locale.

Consultations et Thérapeutique dentaires.

Par Esteaul et Dauzier [2].

Ce petit livre est un memento thérapeutique. Les affections y sont classées par ordre alphabétique et, après un court résumé pathogénique, les auteurs indiquent le traitement de chacune d'elles. Ce petit résumé pourrait rendre service, mais nous regrettons d'y voir conseiller certaines pratiques fâcheuses, par exemple celle du pansement au coton résineux dans les caries du 4e degré ou le lavage des dents à l'acide chlorhydrique pour obtenir leur blanchiment !

Contribution à l'étude des anesthésiques locaux employés en chirurgie dentaire.

Thèse du Dr Lavocat (Lyon, 19 décembre 1910).

Après avoir fait l'historique de l'anesthésie et de l'anesthésie locale, en particulier, M. Lavocat examine les produits provoquant l'anesthésie *par réfrigération* (chlorure d'éthyle, chlorure de méthyle, etc...), mais son étude a porté presque exclusivement sur les anesthésiques *par injection* et, après avoir rappelé le rôle considérable joué

---

1. Chez The C. V. Mosby. *Medical book and publishing* Co, Saint-Louis.
2. Chez Vigot frères, Paris.

par la cocaïne, il aborde l'étude de tous les succédanés qui ont été conseillés pour remédier à la toxicité de la cocaïne : il examine tour à tour l'holocaïne, l'acoïne, la nirvanine, l'anesthésine, la stovaïne, l'alypine et autres, pour s'arrêter beaucoup plus longuement sur la novocaïne et la novocaïne-suprarénine qui a donné d'excellents résultats en odontologie en permettant l'anesthésie péridentaire et intradentaire. Elle est recommandée dans l'extraction des dents, l'ouverture de la chambre pulpaire, l'extraction extemporanée de la pulpe, le fraisage de la dentine hyperesthésiée, les interventions osseuses, l'ouverture et le curettage du sinus maxillaire, la résection du rebord alvéolaire ; on peut également l'associer aux pâtes arsenicales pour la destruction de la pulpe.

M. Lavocat résume ensuite son intéressante thèse en concluant que l'anesthésie locale obtenue par voie intra-gingivale est celle à laquelle on doit avoir presque toujours recours et que les injections de cocaïne doivent être de plus en plus abandonnées, la chimie nous ayant donné des succédanés aussi actifs et beaucoup moins dangereux.

L'introduction de l'hygiène dentaire dans les écoles est nécessaire.

Nous avons reçu de M. le prof. Jessen, président de la Commission d'hygiène de la F. D. I., une brochure de 11 pages, portant ce titre; c'est la communication que cet auteur a faite au 2e Congrès dentaire national belge en 1910.

A cette brochure, qui a pour but de vulgariser dans les écoles les connaissances et la pratique de l'hygiène dentaire, sont annexées des planches reproduisant l'anatomie dentaire.

Souhaitons que cette brochure, écrite en français, qui est destinée aux municipalités et dont l'auteur tient une centaine d'exemplaires à la disposition de celles-ci, se répande largement en France.

La jurisprudence professionnelle des chirurgiens-dentistes.

M. Camille Gout, docteur en droit, a publié sous ce nom un ouvrage que la maison Ash, de Paris, a édité.

Ce volume, de 287 pages, comprend une introduction consacrée aux lois et décrets réglementant la profession dentaire, 14 chapitres traitant des études, des conditions d'exercice, de l'exercice illégal, de la vente des cabinets, de l'installation, du bail, des impôts, du domaine de la profession, de la prothèse, des honoraires, du secret professionnel, des responsabilités, de l'association, des employés et des assurances. Il est suivi d'un appendice sur les conditions d'exer-

cice de l'art dentaire dans le monde entier pour ceux qui exercent légalement dans leur pays d'après les enquêtes faites par le *Medical Council*, de Londres.

Cet ouvrage nous paraît très complet et sa place est toute marquée dans la bibliothèque du chirurgien-dentiste.

Comptes rendus du deuxième Congrès dentaire national belge.

Le Comité d'organisation du 2e Congrès dentaire national belge vient de publier les comptes rendus de cette grande réunion professionnelle. Cette publication d'un volume de 506 pages représente un travail considérable, qui fait honneur à ceux qui l'ont entreprise. On y trouve les renseignements généraux nécessaires, les procès-verbaux des séances, les communications, rapports, discussions, discours et un certain nombre de figures.

Tous ceux qui ont assisté à ce Congrès seront heureux de conserver ce volume comme souvenir pour y relire les intéressants travaux qui y furent présentés. Quant à ceux qui n'y assistèrent point, la lecture de ces travaux pourra leur être d'un certain profit.

Ergebnisse der gesamten Zahnheilkunde.

MM. Guido Fischer et Mayhrofer, directeurs respectifs des Instituts dentaires des Universités de Greifswald, et d'Inspruck, ont entrepris, en collaboration avec un grand nombre de confrères des universités allemandes et autrichiennes, une publication, dont le premier fascicule que nous venons de recevoir a paru à la fin d'avril 1910, qui est destinée à rendre compte de tous les travaux et de toutes les recherches dans le domaine odontologique sous le titre : *Résultats obtenus dans l'ensemble de la dentisterie*. Cette publication doit se faire annuellement et comprendre 4 fascicules paraissant à la fin de chaque trimestre et formant une année, sorte de revue, de tableau synoptique des progrès réalisés dans le courant de l'année précédente (d'avril à mars).

Ce fascicule de 350 pages, comprend un article de M. Fleischmann, de Vienne, sur l'*histologie et l'histogénèse ;* un article de MM. Fischer, Bünte et Moral sur l'*anatomie, la physiologie et la biologie ;* un article de M. Adloff sur l'*état actuel de la morphologie composée des mammifères et de l'homme ;* enfin un article de M. Pfaff sur les *anomalies des maxillaires et des dents.* Ces articles sont très étudiés.

Le volume est illustré de 43 figures et de 2 planches hors texte ; il est imprimé avec grand soin et édité par J. F. Bergmann, à Wiesbaden.

Livres reçus.

Nous avons reçu les ouvrages suivants :

De l'utilité des inlays en or dans le domaine de la prothèse dentaire, par W. Thiersch, de Bâle (en français) ; *les progrès de l'art et de la science dentaires*, par N. S. Jenkins, de Paris (en anglais) ; *les dentistes et le traitement des maladies dentaires*, par P. Marcarovici, de Jassy (en allemand) ; *le guide à travers la littérature dentaire d'Allemagne et de l'étranger*, par Hans Licht, de Leipzig (en allemand) ; *les glandes dentaires*, par Paul Macarovici, de Jassy (en roumain).

*
* *

Nous avons reçu également les brochures suivantes :

1° De la possibilité d'effets chimiques ou pathologiques d'obturations au ciment, par M. Kulka, de Vienne (en allemand) ;

2° La protection de la santé et de l'hygiène dans la ville de Savone, par M. Solari (en italien) ;

3° Les dents artificielles, par M. Solari (en italien) ;

4° La dent de sagesse, ses maladies et ses anomalies, par M. Solari (en italien) ;

5° Deux formulaires odontologiques, par M. Chiavaro (en italien) ;

6° Importance d'un gnatho-dynamomètre dans la pratique, par M. Witthaus, de Berlin (en allemand) ;

7° Deux systèmes de confection de couronnes de porcelaine sans ruban, par M. Wünsche, de Berlin (en allemand).

NOUVELLES

Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

Une assemblée générale extraordinaire de la Société a eu lieu le mardi 4 avril, à 9 heures du soir, avant la séance de la Société d'Odontologie, pour l'approbation de modifications aux statuts proposées par le Conseil d'Etat en vue d'accorder le vote aux membres de province, qui deviendraient ainsi *membres titulaires* de la Société, au lieu d'être *membres correspondants,* comme ils le sont actuellement.

Ces modifications ont été acceptées, ainsi que quelques changements de détail au *Règlement intérieur* proposés par la Commission d'enseignement pour divers articles relatifs au personnel enseignant et adoptés par le Conseil d'administration.

F. D. I.

Nous croyons savoir que la prochaine session de la F. D. I. aura lieu à Londres les 1er et 2 août 1911 (mardi et mercredi). La séance d'ouverture se tiendra probablement au Collège royal des chirurgiens d'Angleterre et la réunion suivante à l'Université de Londres.

Association dentaire britannique.

La session annuelle de l'Association dentaire britannique se tiendra à Londres les 3, 4 et 5 août 1911, immédiatement après la session de la F. D. I. Les membres de celle-ci y seront invités.

Société d'étudiants fédéraux.

Il s'est fondé à Genève une association d'étudiants fédéraux en médecine et en art dentaire ; elle compte 120 membres.

Elle a inauguré la série de conférences médicales que son comité a projetées pour cette année, par une conférence de M. le Dr Lardy, sur la revision du règlement fédéral des examens de médecine.

L'Association a composé son comité comme suit : président, Jacques Mégevand ; vice-présidents, Arnold Lienhard, Émile Comte ; caissier, Alfred Monod ; secrétaire, André Warchawski.

Association des mécaniciens-dentistes du canton de Neuchâtel.

Il s'est créé le 19 janvier dernier sous ce nom une association, ayant son siège à La Chaux-de-Fonds, qui a pour but de veiller à la sauvegarde des intérêts professionnels. La durée en est illimitée. Peut devenir sociétaire tout mécanicien-dentiste possédant un laboratoire dans le canton de Neuchâtel, agréé par l'assemblée générale et qui paie un droit d'entrée de 5 francs. La qualité de sociétaire se perd par la démission et l'exclusion prononcée par l'assemblée générale. La contribution annuelle est fixée par l'assemblée générale. Les sociétaires sont exonérés de toute responsabilité personnelle. Les organes de l'association sont : l'assemblée générale et le comité composé de 4 membres. L'Association est valablement engagée vis-à-vis des tiers par la signature collective de trois des membres du comité.

Cliniques dentaires scolaires.

Angleterre.

Le Comité d'enseignement du Conseil du Comté de Somerset a conclu avec plusieurs dentistes du comté un arrangement aux termes duquel ceux-ci donneront des soins aux enfants des écoles. Les directeurs de celles-ci laisseront aux enfants le temps nécessaire pour ces soins quand leurs dents auront été jugées en avoir besoin par l'inspection médicale. Les dépenses seront couvertes par un versement de 1 fr. 25 à 3 francs par enfant, suivant le traitement nécessaire ; en cas d'indigence, le fonds de bienfaisance les couvrira.

*
* *

Le Conseil municipal de Bradford a décidé la nomination d'un dentiste scolaire avec des appointements de 7.500 francs par an.

*
* *

Le Conseil municipal de Norwich a décidé la création d'une clinique dentaire scolaire pour soigner gratuitement les enfants pauvres. Il a voté un crédit de 2.500 francs pour l'installation et un autre de 10.975 francs pour les appointements annuels du dentiste, qui y consacrerait tout son temps.

*
* *

Allemagne.

On signale la création d'une clinique dentaire scolaire à Mannheim (Grand Duché de Bade). Chacun des chirurgiens-dentistes de la ville est chargé de l'inspection dentaire des enfants d'une école ;

toutefois les parents ont ensuite la faculté de faire traiter l'enfant par un dentiste de leur choix. Le traitement est gratuit.

*
* *

Une clinique dentaire scolaire a été créée à Villingen (Grand Duché de Bade). Un chirurgien-dentiste est chargé de l'inspection des dents des enfants.

*
* *

Une clinique dentaire scolaire a été créée à Elberfeld par le Conseil municipal.

*
* *

Une clinique dentaire scolaire a été ouverte à Nuremberg (Bavière).

*
* *

Le 1er avril 1911 une clinique dentaire scolaire a été inaugurée à Dortmund. Les enfants pauvres y sont traités gratuitement ; les autres payent une somme annuelle de 1 fr. 25.

*
* *

On signale une création et une organisation semblable à Duisbourg.

*
* *

Une clinique dentaire scolaire municipale a été créée à Leipzig ; elle sera ouverte le 1er mai prochain. La contribution est de 1 fr. 25 ou 2 fr. 50 suivant la nature de l'école, à la première visite, et le traitement est assuré pour un an. Ce traitement est gratuit pour les enfants qui ne payent pas de droits scolaires.

*
* *

Le 1er avril une clinique dentaire a été ouverte dans les écoles primaires et communales de Hambourg à titre d'essai. Les enfants sont inspectés dans les écoles et, si un traitement dentaire paraît nécessaire, les parents en sont informés et ce traitement a lieu à la clinique. Sur le prix de 1 fr. 50, que coûte ce traitement, 1 franc est versé par la ville, 0 fr. 50 par les parents. Si ceux-ci sont sans ressources, la ville paye la totalité.

Institut de radium.

Un Institut de radium pour la thérapeutique par rayonnement et par émanation a été créé à Berlin, 105, Königgrätzer Strasse. Il est rattaché au sanatorium de cette ville et est dirigé par trois spécialistes pour les maladies de la peau, etc.

Club des chauves et des édentées.

Il vient de se fonder à Berlin sous la présidence de Mme Herwig, l'écrivain connu, un club de femmes émancipées, dont ne peuvent faire partie que les femmes ayant quelques dents seulement et portant les cheveux coupés court.

Une anesthésie royale.

Royale en ce sens qu'elle fut pratiquée sur le roi des animaux ; elle eut lieu en juillet dernier à Stuttgart et fut pratiquée par M. L. Hoffmann, professeur à l'école vétérinaire supérieure de cette ville.

Il fallut près d'une heure pour amener la narcose ; on commença par faire une injection de morphine au fauve, solidement ligotté, cela va sans dire, puis on administra un mélange à parties égales de chloroforme et d'éther ; il en fallut près d'un kilogramme.

L'extraction put être ensuite pratiquée et amena, paraît-il, un fort heureux résultat.

(Revue médicale d'Aix-les-Bains.)

Nomination.

M. Euler, privat-dozent à l'Université de Heidelberg, a été nommé directeur de la nouvelle clinique dentaire d'Erlangen, qui vient d'être reconstruite.

Exposition internationale de Roubaix.

Une Exposition internationale aura lieu à Roubaix en 1911.

Une section dentaire y sera organisée dans la classe de l'hygiène (Salon parisien).

S'adresser pour tous renseignements à l'Administration de *L'Odontologie*.

Fête du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F.

Rappelons qu'une fête du Groupement aura lieu les 29 et 30 avril et 1er mai 1911. Elle comprendra, après une séance du Conseil d'administration de l'Association le 29 au soir, une séance de démonstrations pratiques avec présentation des salles et des travaux du stage

le 30 au matin, un banquet le 30 au soir et une séance de la Société d'Odontologie le 1er mai au soir.

S'adresser pour tous renseignements aux secrétaires généraux, MM. Blatter, H. Villain et H. Dreyfus.

Société d'Odontologie.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle le 4 avril dernier. A l'ordre du jour figuraient l'observation d'accidents d'évolution de dent de sagesse ayant donné lieu à de multiplies et infructueuses interventions, par M. Halona — la présentation, par M. H. Villain d'un cas de correction d'une anomalie de direction par rotation presque complète sur l'axe — une communication de M. R. Lemière sur l'ancrage de Baker — la relation par M. Rouveix d'un cas grave d'hémorragie d'origine dentaire, — deux observations d'état hémorragipare, par M. Roy. En outre M. Debray a présenté quelques dents constituant des anomalies intéressantes, et dont il a fait don au musée de l'Ecole et M. Godon a présenté un procédé de maintien des dents fracturées par les anneaux d'Angle.

La Société a voté un ordre du jour au sujet du Congrès de Rouen et sa participation à la fête du Groupement.

31e ANNÉE. N° 8 30 AVRIL 1911 VOL. XLV

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

TÊTE ET FORMATIONS BUCCO-NASALES D'UN EMBRYON HUMAIN DE 14,7 m/m VERTEX-SACRUM, ET 13,8 m/m APEX-SACRUM

Étude et reconstructions plastiques.

Par J. L. PAULET, D. E. D. P.,
Licencié en Chirurgie dentaire de Genève,
Chirurgien-dentiste diplômé de la Confédération suisse.

Travail du laboratoire d'Histologie, d'Embryologie et de Stomatologie de l'Université de Genève. (Prof. A. Eternod.)

INTRODUCTION.

L'embryon humain dont nous décrivons la région céphalique provient de la collection du laboratoire d'Histologie, d'Embryologie et de Stomatologie. Il mesure 14,7 m/m vertex-sacrum, 13,8 m/m apex-sacrum.

Nous l'avons comparé aux embryons humains décrits dans la littérature. Il se rapproche surtout des embryons de W. His et se place entre les numéros 17 et 18 de ses Normen-Tafeln. Il est aussi équivalent à l'embryon n° 20 des Normen-Tafeln de F. Keibel (Embryon d'Hochstetter).

Tableau comparatif des dimensions totales.

Embryon de W. His n° 17	Notre Embryon	Embryon de W. His n° 18	Embryon de F. Keibel n° 20
vertex-sacrum 14,2 m/m	14,7 m/m	15,2 m/m	15,5 m/m
apex-sacrum 13,6 — 13,7 m/m	13,8 m/m	13,8 m/m	13,4 m/m

Tableau comparatif des dimensions de la tête.

ventro-dorsale 6,8 m/m	7,0 m/m	7,6 m/m	10,0 m/m
hauteur 7,0 m/m	7,2 m/m	7,6 m/m	7,5 m/m

Nous ne savons rien du temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'avortement ; nous sommes donc obligé, pour déterminer son âge probable, de nous en tenir aux calculs de W. His (6), ce qui nous permet de l'estimer âgé d'environ 35 jours, peut-être même de quelques jours de plus.

Nous avons fait cinq reconstructions pour l'étude qui nous occupe. La première reproduit l'ensemble des formes extérieures de la tête. La deuxième donne la reproduction de l'appareil naso-bucco-pharyngien avec l'organe de Jacobson, les ébauches du mur dentaire, des glandes salivaires, de la langue et du cartilage de Meckel. La troisième reproduit les fosses nasales. Les deux dernières concernent les ébauches des glandes sous-maxillaire et parotide.

Les modèles reconstruits ont été photographiés pour la reproduction avec le grand appareil universel photographique du Prof. A. Eternod [1].

Qu'il nous soit permis de terminer cette courte introduction en disant combien nous avons été heureux de travailler sous la direction de M. le Professeur A. Eternod, et de lui adresser nos plus sincères remerciements pour tous les conseils qu'il nous a donnés.

TECHNIQUE.

Notre embryon a été fixé à la solution de Müller, puis à l'alcool fort ; il a été coloré en masse au carmin à l'alun, enrobé à la celloïdine, et microtomé en coupes de 50 μ d'épaisseur.

La tête, qui seule nous occupe, accidentellement déta-

1. A. ETERNOD, *Guide technique*, 2e édit., Genève 1898.

chée du tronc, a été mise en coupes frontales et sériées, au nombre de 134.

Pour nos cinq reconstructions, nous nous sommes servi de la méthode des plaques de cire superposées (Platten-Modelle) de W. His, de Born et de Strasser.

Pour la reconstitution des formes extérieures de la tête, les coupes ont été amplifiées de 30 diamètres et dessinées en double, par décalque, au moyen de l'appareil à projection d'Eddinger. Le dessin original nous est resté comme témoin, et a servi à faire les planches ; le décalque a été collé sur la cire.

A la reconstruction, nous nous sommes aperçu que notre embryon avait subi quelques déformations, dues probablement à son séjour dans l'alcool. Ces déformations portent principalement sur les parties latérales de la tête et sur la région du quatrième ventricule. Nous avons essayé de les corriger de la façon suivante : le premier modèle a été laissé intact ; nous en avons pris un moulage en plâtre dont nous avons surmodelé les parties déformées pour en tirer les modèles définitifs, corrigés.

Dimensions du modèle définitif.

Hauteur vertex-cervix	19,8	centimètres.
Largeur	12,4	»
Longueur ventro-dorsale. . . .	23,2	»

La méthode employée pour les autres reconstructions est un peu différente de la première. Les coupes ont été dessinées avec la chambre claire de Leitz et amplifiées de 40 diamètres ; comme leur épaisseur est d'environ 50 μ, nous avons employé des plaques de cire de 2 $^{m}/^{m}$.

Les modèles que nous avons obtenus par superposition des plaques étaient d'une grande fragilité ; pour y remédier et permettre une conservation ultérieure, nous avons dû renforcer nos modèles originaux au moyen de fils de fer et recouvrir leur surface de gaze de soie que nous avons noyée dans la cire avec la spatule chauffée. Ce procédé les a ren-

dus très résistants et leur assure une conservation relativement facile.

Pour rendre possible la reconstruction exacte de l'épithélium des régions naso-bucco-pharyngiennes, nous avons dû renforcer son épaisseur du côté mésodermien, tandis que nous conservions scrupuleusement sa surface externe ; de cette façon seulement nous avons obtenu des résultats satisfaisants.

La difficulté de tirer un moulage en plâtre de ce modèle, ou même simplement de le découper en divers sens, nous a engagé à faire quelques modèles complémentaires. Nous avons reconstruit à nouveau les fosses nasales pour la démonstration des cornets et de l'organe de Jacobson, en renforçant l'épithélium comme dans le modèle général ; nous avons modelé enfin, à part, les ébauches des glandes salivaires (sous-maxillaire et parotide), en respectant complètement cette fois les contours épithéliaux, c'est-à-dire sans en renforcer l'épaisseur du côté profond.

I. — Configuration générale extérieure de la tête.
(Fig. 1 et 2, Pl. I.)

La tête, en la supposant remise en place sur le cou, est fortement fléchie sur le corps, de telle sorte que son axe et celui du corps sont très sensiblement perpendiculaires l'un sur l'autre. Elle a une forme allongée, elle est aplatie dans le sens transversal, surtout dans la région dorsale ; son diamètre ventro-dorsal est passablement plus grand que son diamètre caudo-céphalique.

Nous pouvons considérer 6 faces, qui sont :

La *face ventrale* ou faciale que nous décrirons en détail tout à l'heure.

La *face dorsale* correspond presque entièrement au plafond du quatrième ventricule, et, en haut, à une portion du cerveau moyen.

La *face céphalique* ou supérieure répond en avant au sommet des lobes cérébraux ; en arrière et en haut, au cerveau moyen.

Les *faces latérales* sont aplaties dans leur région dorsale et ont, à cet endroit, leur plus grande étendue (caudo-céphalique). Elles correspondent aux parties latérales du cerveau moyen et au quatrième ventricule qui participe aussi à leur formation. La région ventrale de ces faces perd graduellement sa forme aplatie et devient franchement bombée, au niveau des globes oculaires.

La *face caudale* est constituée par la surface de fracture du cou et devrait, si la pièce était intacte, se continuer directement avec lui.

Asymétrie générale.

Dans leur ensemble nos modèles présentent une asymétrie assez accentuée. Le côté gauche est plus développé que le droit, principalement dans la région faciale, qui est plus arrondie dans son ensemble ; les moitiés gauches des maxillaires et de la langue sont plus volumineuses, de même que les bourgeons fronto-nasaux de ce même côté. La langue présente en même temps une déviation et une torsion allant de gauche à droite, tout à fait conforme à celle que W. His a si bien décrite et modelée.

II. Configuration générale extérieure de la face.
(Fig. 2, Pl. I.)

La face de notre embryon est loin d'avoir encore son modelage définitif ; c'est, à proprement parler, plutôt un ensemble d'organes en formation, destinés à la constituer ultérieurement. Les divers bourgeons de la face sont cependant déjà réunis.

Bourgeon frontal. (Fig. 1 et 2.)

Le bourgeon frontal est la partie la plus proéminente de la face. Il se continue en bas par la formation nasale, qui, à ce stade, est encore séparée du front par un sillon transversal (sillon naso-frontal) très accusé. La région dorsale du nez est encore très courte, ce qui contribue à donner au lobule nasal sa forme large et épatée. Le septum nasal est

déjà formé et les orifices nasaux sont bien caractérisés ; ils regardent encore directement dans le sens ventral ; ils sont larges du côté médian et plus étroits dans leur partie latérale. En dehors et à côté des orifices nasaux part un sillon peu marqué, dernier vestige de la soudure entre le bourgeon nasal interne et l'extrémité ventrale du bourgeon maxillaire supérieur ; ce sillon se propage vers l'angle interne de l'œil : c'est le sillon dit improprement lacrymal.

Après avoir dessiné le lobule du nez, le bourgeon frontal médian constitue l'indice labial. Dans sa portion ventrale, ce dernier présente déjà un raphé médian, tandis que, dans sa partie dorsale, un sillon incomplet persiste encore et sépare nettement, l'un de l'autre, les deux processus globularis (Fig. 4 et 7).

Yeux. (Fig. 1 et 2, Pl. I.)

Les globes oculaires, encore superficiels, sont situés sur les côtés de la face où ils forment de grosses proéminences ; un sillon profond les circonscrit et les sépare du bord palpébral, celui-ci dessinant une saillie accentuée. Ils mesurent 1.15 $^m/^m$ (23 coupes), dans leur plus grand diamètre (ventro-dorsal).

Oreilles. (Fig. 1 et 2, Pl. I.)

L'oreille externe se présente sous forme d'une large fente oblique à direction ventro-céphalique, d'une longueur de 0,95 $^m/^m$. Sa position n'est pas semblable des deux côtés de la face ; elle est du côté gauche, en arrière et au même niveau que la fente buccale, tandis que du côté droit, elle est en arrière et au-dessous de la commissure labiale. Sa distance à l'angle de la fente buccale est de 400 μ à gauche et de 500 μ à droite.

On remarque déjà aux bords de cette fente auriculaire quelques nodosités, premières ébauches du pavillon.

Bourgeons maxillaires supérieurs.

Les bourgeons maxillaires supérieurs sont mal délimités superficiellement ; leur soudure avec les bourgeons fronto-

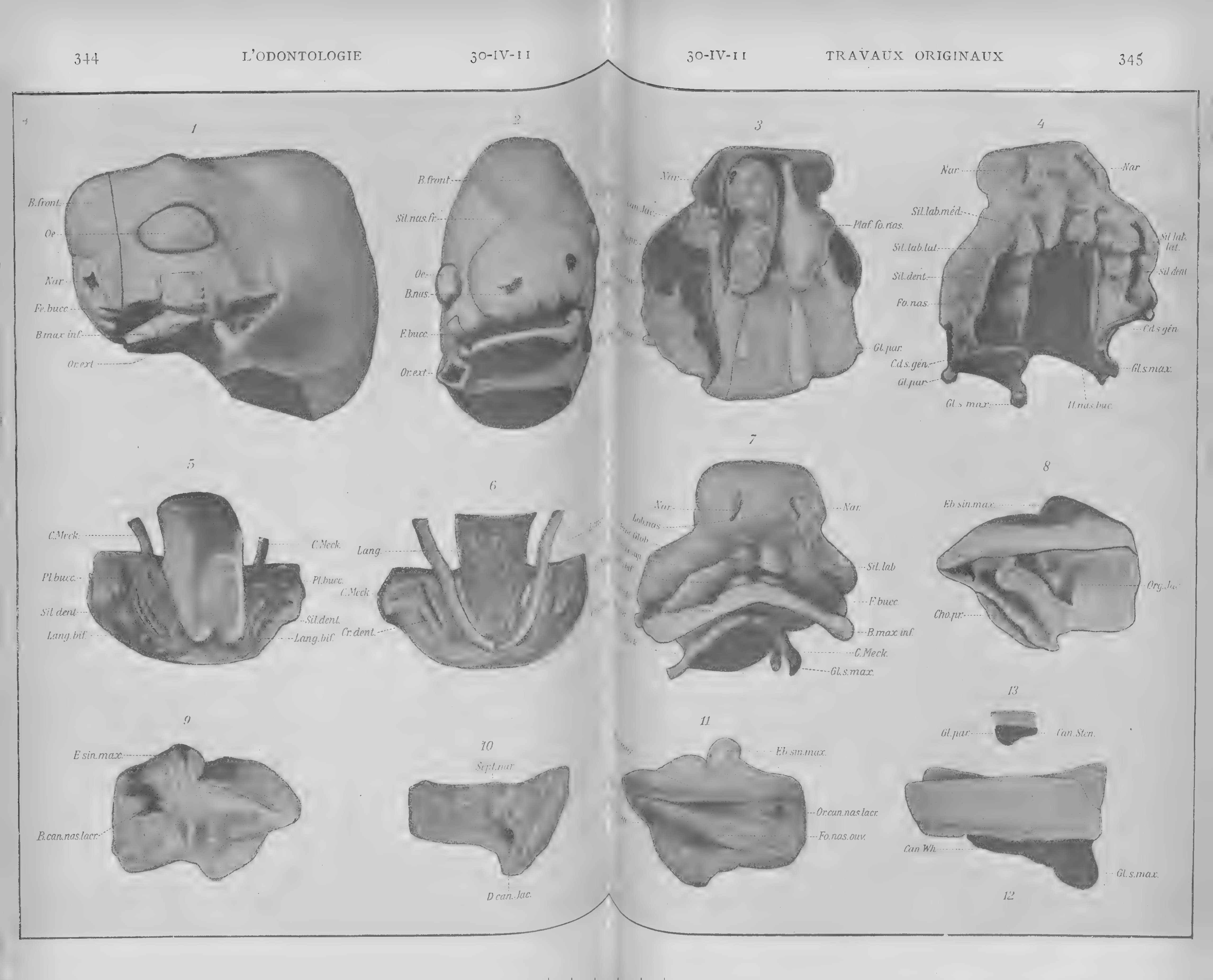
nasaux, latéraux et médian, est déjà complète ; il n'en reste qu'une trace dans le sillon dit naso-lacrymal que nous avons signalé, et dans les sillons qui les séparent des processus globulaires. La région de la joue n'existe pour ainsi dire pas encore. Les bourgeons maxillaires supérieurs sont encore très étroits ; ils surplombent d'une façon notable sur le maxillaire inférieur.

En coupe frontale, les bourgeons maxillaires supérieurs sont mieux définissables ; ils prennent des formes différentes, suivant les régions intéressées. Dans leur tiers antérieur ou ventral, ils ont l'aspect d'une masse en forme de quadrilatère irrégulier, un peu plus haute que large, comme suspendue par un pédicule rétréci par la soudure des bourgeons maxillaires supérieurs avec le bourgeon frontal. Dans leur partie moyenne, au niveau d'une coupe passant par le milieu de globe oculaire, les bourgeons maxillaires supérieurs sont devenus encore plus franchement des quadrilatères, mais leur largeur l'emporte de beaucoup sur leur hauteur et leur insertion est maintenant très large. En arrière, ces bourgeons diminuent progressivement de hauteur, ils se réduisent à l'état de bandelettes étroites, resserrées entre les parties oculaire et buccale.

Nous pouvons décrire dans les bourgeons maxillaires supérieurs quatre faces : la face labiale externe divisée en deux régions, céphalique et caudale, par un sillon large et peu profond ; la partie supérieure ou palpébrale forme un rebord saillant, séparé du globe oculaire par un sillon très profond et très étroit, première ébauche du cul-de-sac conjonctival inférieur ; la partie inférieure ou labio-génienne se continue dans un gros bourrelet, première indication de la lèvre supérieure. La région génienne est à peine indiquée, le sillon palpébro-jugal est presque à égale distance du globe oculaire et de la fente buccale, mais cependant un peu plus rapproché d'œil. Cette face distante du bourgeon maxillaire supérieur est passablement plus large au-dessus de l'orifice buccal que plus en arrière.

La face médiane participe, d'une part, à la constitution

*


1
B.front.
Oe
Nar
Fe.bucc.
B.max.inf.
Or.ext.
2
B.front.
Sil.nas.fr.
Oe
B.nas.
F.bucc.
Or.ext.
3
Nar.
Plaf. fo.nas.
Gl.par.
4
Nar
Nar
Sil.lab.méd.
Sil.lab.lat.
Sil.dent.
Fo.nas.
Cd.s.gén.
Gl.par.
Gl.s.max.
Cd.s.gén.
Gl.s.max.
5
C.Meck.
C.Meck.
Pl.bucc.
Pl.bucc.
Sil.dent.
Sil.dent.
Lang.bif.
Lang.bif.
6
Lang.
C.Meck.
Cr.dent.
7
Nar.
Nar.
Lob.nas.
Sil.lab.
F.bucc.
B.max.inf.
C.Meck.
Gl.s.max.
8
Eb.sin.max.
Org.Jac.
Cho.pr.
9
E.sin.max.
B.can.nas.lacr.
10
Sept.nar.
D.can.Jac.
11
Eb.sin.max.
Or.can.nas.lacr.
Fo.nas.ouv.
13
Gl.par.
Can.Sten.
Can.Wh.
Gl.s.max.
12

de la paroi distante de la cavité nasale, et, d'autre part, elle dessine l'ébauche des bourgeons maxillo-palatins, qui s'affrontent dans leur partie ventrale avec les processus globularis du bourgeon frontal, tandis qu'en arrière ils restent complètement libres de toute adhérence ; la voûte palatine n'est donc pas encore formée. La portion de la face médiane, correspondant aux fosses nasales primitives, est en regard avec la cloison ; elle est séparée des bourgeons maxillo-palatins par un sillon peu profond ; cette région s'abaisse et s'efface en arrière, en même temps que le septum nasal.

La face céphalique est partiellement virtuelle : c'est la face adhérente au bourgeon nasal externe. Au niveau des globes oculaires, elle est séparée de ceux-ci par un sillon étroit et profond (sillon conjonctival inférieur), qui se continue en avant avec le sillon oculo-nasal. Cette face contribue par son bord à la formation palpébrale.

La face caudale porte dans sa partie antérieure un sillon médian ; c'est le mur plongeant ou dentaire ; nous le décrirons à propos des ébauches dentaires. Ce sillon dentaire sépare le bord médian, qui appartient aux bourgeons maxillo-palatins du bord labial, qui forme une saillie arrondie. Ce rebord tend à s'amincir au niveau de la commissure, où il vient s'accoler au bourgeon maxillaire inférieur; il reste sur un espace assez long un léger sillon, dernier vestige de la soudure labio-génienne.

Bourgeon maxillaire inférieur.

Les deux ébauches primitives du bourgeon maxillaire inférieur sont complètement soudées sur la ligne médiane et forment un tout continu. Ce bourgeon présente d'un angle à l'autre des commissures labiales une surface un peu bosselée ; sa face caudale ou inférieure est légèrement creusée et tend à se relever sur son bord, surtout dans la région médiane. Ce rebord est inégal d'épaisseur.

Dans le voisinage de la commissure, il présente un épaississement marqué au niveau de la partie moyenne, appelée par W. His maxillaire moyen ; il est plus mince ;

enfin sur la ligne médiane, il tend à redevenir un peu plus épais.

Le bourgeon maxillaire inférieur est dans sa totalité notablement en retrait sur le bourgeon maxillaire supérieur ; il est moins développé du côté droit. De ce fait la fente buccale est légèrement entr'ouverte de ce côté et laisse apercevoir la pointe encore bifide de la langue.

On remarque sur la face buccale de la mandibule un sillon bien marqué de chaque côté : c'est la première ébauche du mur plongeant ou dentaire, qui sera décrit plus loin pour les deux maxillaires à propos des ébauches dentaires. Ce sillon fait défaut dans la région médiane.

Lèvres.

Les lèvres sont encore peu marquées ; elles se présentent comme une saillie arrondie des bords ventraux des bourgeons maxillaires supérieur et inférieur ; nous avons vu que, par suite du retrait du bourgeon maxillaire inférieur, la lèvre supérieure ainsi qu'une portion même du palais dépassent la lèvre inférieure d'environ 500 μ.

Les commissures labiales se trouvent situées un peu audessous de l'angle interne de l'œil ; la commissure gauche est un peu plus en arrière et plus proche du canal auditif externe, ce qui est dû à l'asymétrie générale de la face que nous avons signalée, la commissure se prolongeant par une large gouttière jusque près de l'oreille externe. De légers sillons séparent les bourrelets labiaux des futurs processus alvéolaires ; ces sillons sont beaucoup moins marqués dans la partie médiane qu'aux parties latérales.

a) Lèvre supérieure.

La lèvre supérieure est plus développée dans ses parties latérales que dans sa partie médiane, elle est en forme de V. De chaque côté de la ligne médiane se trouve un sillon oblique, vestige des soudures du bourgeon frontal médian (processus globularis) avec les deux bourgeons maxillaires supérieurs. Un sillon médian indique le raphé intermaxil-

laire entre les deux processus globularis. Dans la partie médiane de sa face ventrale, la lèvre supérieure forme un gros bourrelet, qui se continue directement avec le bourgeon nasal médian ; c'est la première ébauche de l'indice labial.

b) Lèvre inférieure.

La lèvre inférieure épouse assez exactement les contours de la lèvre supérieure, de sorte que sa partie médiane est plus élevée que ses parties latérales. Elle présente une petite saillie, qui s'avance dans l'échancrure en V de la lèvre supérieure, et qui est en rapport avec les deux pointes de la langue légèrement bifide. Comme à la lèvre supérieure, le rebord labial est plus large près des commissures, et, à mesure que l'on s'approche de la ligne médiane, il s'amincit progressivement.

III. — Vestibule buccal et ses dépendances.

Cul-de-sac génien. (Fig. 4, Pl. I.)

La formation vestibulaire est encore réduite chez notre embryon (de 14.7 mm) au cul-de-sac génien. Celui-ci n'est représenté que par une fente entre les deux bourgeons maxillaires supérieur et inférieur ; cette fissure est étroite, mais profonde, dans sa partie ventrale et se continue par une crête épithéliale compacte non délaminée dans sa partie dorsale.

Cul-de-sac labial.

Les bourgeons des deux maxillaires présentent sur toute leur étendue une surface épithéliale lisse et unie, qui n'offre encore aucun autre sillon que le sillon dentaire proprement dit ; le cul-de-sac gingivo-labial n'a pas encore fait son apparition.

Glandes salivaires. (Fig. 4, Pl. I.)

a) *Glandes sous-maxillaires.* (Fig. 12 et 13, Pl. II.)

Au fond du sillon linguo-maxillaire, nous trouvons les premières ébauches des glandes sous-maxillaires, à une

distance de 1,7 mm. de la pointe de la langue. Elles siègent en dedans du cartilage de Meckel, plus près de la langue cependant, que de ce dernier. Ces ébauches sont composées de deux parties : 1° une liste épithéliale compacte, correspondant au canal de Wharton ; 2° un bourgeon arrondi, également compact, correspondant au corps glandulaire. Le canal de Wharton est deux fois plus long que le corps glandulaire. La glande est presque sessile et adhérente au fond du sillon linguo-maxillaire ; dans une coupe passant par le corps glandulaire primitif, elle affecte une forme plus ou moins triangulaire à sommet tourné vers la cavité buccale. Les dimensions des glandes sous-maxillaires sont les suivantes :

Longueur totale, canal y compris. . .	800 μ
Largeur totale.	260 »
Distance entre ces glandes et le cartilage de Meckel.	300 »

Ces ébauches glandulaires sont donc beaucoup moins développées que celles de l'embryon Zw (longueur 18.5 mm) de W. His [1]; chez celui-ci, elles ont pénétré plus profondément dans les tissus et possèdent déjà un canal excréteur allongé et passablement sinueux. Dans notre embryon, le corps de la glande ne présente que de petites échancrures formant de légers sillons, qui accusent tout au plus les premiers débuts des lobes primaires. Dans la masse épithéliale les cellules centrales sont légèrement plus volumineuses, plus transparentes, et ont pris moins fortement le carmin que les petites cellules périphériques.

b) *Glandes sublinguales.*

Malgré une recherche approfondie, nous ne sommes pas parvenu à déceler une ébauche quelconque des glandes sublinguales ; leur développement doit s'effectuer à une période plus avancée. Cela ne concorde pas avec l'affirmation de A. Kolliker [2], disant que « les glandes sous-maxillaires

---

1. W. His, *loc. cit.* (n° 6), p. 94.
2. A. Kolliker, *loc. cit.* (9), p. 860.

sont les premières qui apparaissent, puis les sublinguales, et en troisième lieu seulement les parotides ».

c) *Glandes parotides.* (Fig. 12 et 13, Pl. I.)

Au fond du sillon génien, nous observons une crête, qui se termine en avant près de la commissure labiale et qui finit en arrière par un bourgeon globuleux situé au fond du cul-de-sac génien : c'est l'ébauche parotidienne. De même que pour les glandes sous-maxillaires, on peut distinguer deux segments : la liste épithéliale ou canal de Sténon, le bourgeon arrondi ou segment du corps. Ces formations sont situées dans la partie la plus distante du sillon vestibulaire ; le bourgeon parotidien a émigré vers la surface ; il est à un demi-millimètre du tégument externe.

Dimensions des glandes parotides :

Longueur canal compris.		300 μ
Largeur totale.	environ	100 »
Distance en arrière de la commissure labiale		650 »

La ressemblance de ces ébauches avec celles décrites par W. His [1], dans son embryon Zw (longueur 18,5 m/m) est frappante ; toutefois nos glandes sont à un stade d'évolution un peu moins avancé. Dans celles de W. His, la masse épithéliale compacte pénètre obliquement dans le tissu mésenchymateux et le canal de Sténon est déjà nettement formé ; il mesure 200 μ environ.

Nous n'avons pas trouvé chez notre embryon trace de lobules secondaires des bourgeons parotidiens, ce qui nous fait penser que, par opposition aux sous-maxillaires, le corps glandulaire des parotides se développe plus tard que ces dernières.

Ce qui précède nous permet de confirmer la description de Hammar [2], au sujet de ces glandes : chez l'embryron de 8 m/m (fin du 1er mois), il apparaît dans l'angle jugal une

1. W. His, *loc. cit.* (6), p. 96.
2. Hammar, *loc. cit.* (4), p. 571.

légère rigole, très limitée, qui s'allonge bientôt et qui dessine chez un embryon de 11,7 m/m un sillon étroit et peu profond (Sulcus parotideus). Cette gouttière se referme en canal et s'isole si bien que, chez l'embryon de 17 m/m, elle dessine un long canal, situé au-dessous du sillon jugal (Canal de Sténon). L'ébauche parotidienne n'est donc pas au commencement un bourgeon saillant comme le disent Chievitz et His, mais une gouttière, précurseur du canal.

En résumé les ébauches des glandes salivaires sont doubles : une liste épithéliale donne le canal, un bourgeon arrondi le corps glandulaire, aussi bien pour la parotide que pour la sous-maxillaire.

IV. — Cavité buccale proprement dite.

La cavité buccale n'est pas encore entièrement modelée. Du côté du plancher buccal la différenciation s'est déjà faite en maxillaire inférieur et en langue; du côté du plafond, par contre, la voûte palatine fait encore défaut; elle est remplacée par une large cavité communiquant directement avec les fosses nasales ; la cavité buccale proprement dite n'occupe donc pas encore un espace bien défini ; son plancher est en rapport immédiat avec le plafond, et la langue s'enchâsse dans la fosse qui occupe la place de la voûte palatine.

1. *Plancher buccal et langue.* (Fig. 5, Pl. I.)

Le plancher buccal est occupé pour ainsi dire totalement par la langue. Cette formation est délimitée sur tout son pourtour par le sillon linguo-maxillaire déjà passablement profond, surtout dans sa partie ventrale.

Nous décrivons ailleurs la lèvre inférieure et le sillon dentaire ; il nous reste donc à parler ici de la langue elle-même et du sillon qui la délimite.

La langue de notre embryon présente, en coupe, la forme générale d'un quadrilatère dont les bords sont plus arrondis dans la région ventrale que dans sa partie dorsale. Elle est plus étroite et plus allongée que celle des embryons décrits par les auteurs ; en effet, dans les modèles que nous avons

obtenus, elle est quatre fois plus longue que large. La pointe est encore divisée en deux bourgeons inégaux par un sillon profond ; le bourgeon gauche étant plus accentué que le droit, il en résulte que la pointe de la langue est déjetée à droite. La langue fait saillie de toute son épaisseur sur le bourgeon maxillaire inférieur et s'enfonce dans le hiatus inter-palatin ; elle est donc bordée latéralement par les lames palatines ; ventralement sa pointe touche aux processus globularis, et dorsalement, elle entre en contact avec la base du crâne.

Dans l'angle formé par le plancher buccal et la langue, le sillon linguo-maxillaire suit assez exactement les contours de celle-ci. Ce sillon paraît peu accusé superficiellement, parce qu'il n'est pas encore délaminé ; cependant, à l'examen des coupes, on voit qu'il se prolonge assez loin dans la masse mésodermienne par une liste épithéliale qui s'avance jusqu'à l'ébauche du canal de Wharton ; cette liste épithéliale est mince dans la région ventrale, elle s'épaissit progressivement dans la direction de la glande sous-maxillaire.

Quelques dimensions de la langue.

Longueur de la partie reconstruite (23 coupes).	1,15 m/m
Longueur de la partie libre.	0,3 à 0,35 »
Largeur au niveau de la glande sous-maxillaire	1,25 »
Largeur au niveau des commissures labiales.	1.00 »
Epaisseur au même niveau.	0.80 »

2. *Plafond buccal.* (Fig. 4, Pl. I.)

Le hiatus naso-bucco-pharyngien n'est pas encore cloisonné complètement en bouche proprement dite, en fosse nasale et en pharynx.

Sur la ligne médiane du futur plafond buccal, on voit un hiatus béant un peu plus long que large qui de fait appartient aux futures fosses nasales, qui ne sont encore constituées d'une façon distincte que dans leur partie la plus céphalique. Au fond de cette large excavation, la base du crâne apparaît, ainsi que la partie profonde du bourgeon frontal (septum narium) ; des deux côtés de celui-ci, les fosses na-

sales s'ouvrent librement par deux fentes allongées. Latéralement cette fosse est limitée par les processus palatins, dépendant des bourgeons maxillaires supérieurs ; ceux-ci sont libres dans leurs parties latérales et sont soudés ventralement au processus globularis du bourgeon frontal. La voûte palatine n'existe donc d'une façon complète que dans la région intermaxillaire, en avant du futur trou incisif. Dans cette région, sur la ligne médiane, un sillon assez profond représente la trace de l'incisure qui séparait les processus globularis. Deux autres sillons latéraux marquent la soudure de ces mêmes processus avec les bourgeons maxillaires supérieurs. Cette ébauche du palais définitif est limitée ventralement par l'indice labial, et dorsalement par le bord libre du processus globularis ; elle est située dans un plan un peu plus profond que les bords labiaux.

Nous n'avons trouvé que deux bourgeons intermaxillaires, et chacun d'eux ne paraît pas se subdiviser, comme le voudrait Albrecht, en deux bourgeons secondaires médian et distant.

Sur les parties latérales du plafond buccal, un sillon indique les crêtes dentaires du maxillaire supérieur que nous allons décrire. En dedans de celles-ci, les deux bourgeons maxillo-palatins forment deux saillies arrondies à contour régulier, qui se continuent ventralement avec les processus globularis et contribuent à circonscrire la mortaise naso-pharyngienne que nous avons signalée. Sur leur bord libre, de chaque côté, on voit en arrière une légère saillie onduleuse, qui n'est assurément rien d'autre que la première ébauche des deux moitiés de la luette, ébauches qui sont destinées à se souder sur la ligne médiane, au cours du développement ultérieur.

Ajoutons que la langue est encore entièrement engagée dans le hiatus béant, ménagé par les deux processus palatins, que par conséquent elle touche directement par sa partie dorsale à la base du crâne. Ce rapport topographique transitoire est curieux ; il est d'ailleurs bien connu depuis les magistrales destriptions de W. His. *(A suivre.)*

FAITS CLINIQUES

OSTÉOME DU BORD ALVÉOLAIRE

Par Maurice Roy,
Professeur à l'École dentaire de Paris,
Dentiste des hôpitaux.

Une malade couturière, âgée de 40 ans, avait souffert de névralgies provoquées par des caries du 3e degré de la canine et de la première prémolaire supérieure droite. M. Miégeville traita ces dents suivant les règles de l'art et les obtura.

Cependant, quelque temps après, la malade continua à se plaindre de névralgies de ce côté et voulut se faire enlever les dents obturées. M. Miégeville s'y refusa ne trouvant rien d'anormal dans celles-ci et, les douleurs continuant malgré quelques applications révulsives sur la gencive, il me conduisit cette malade à ma clinique de l'Ecole dentaire.

J'examinai la malade et je constatai que la canine et la première prémolaire étaient obturées et paraissait en bon état, la deuxième prémolaire et la première grosse molaire manquaient, la deuxième grosse molaire était saine. Il y avait un peu de réaction à la douleur lorsqu'on percutait les dents obturées, mais ceci était peu marqué.

Une chose qui me frappa immédiatement, c'est que le bord alvéolaire, au niveau de la seconde prémolaire manquante, présentait une apparence anormale. Au lieu d'être résorbée, de présenter la forme en dos d'âne que présente tout bord alvéolaire dépourvu de dent, ce bord présentait une surface légèrement convexe et non aplatie latéralement comme si une racine avait été incluse sous la gencive. Cependant la muqueuse était d'apparence absolument normale, non enflammée, il n'y avait aucun trajet fistuleux permettant de supposer qu'il y avait une racine sous-jacente.

La malade, interrogée, assura que cette dent avait été enlevée complètement.

Etant donnée la forme du bord alvéolaire, je me décidai néanmoins à aller voir ce qu'il y avait sous la muqueuse. Je pensai en effet qu'il y avait une racine qui s'était trouvée complètement enfermée sous la gencive, fait rare mais qui se rencontre quelquefois. Je fis une incision longitudinale sur le bord alvéolaire puis deux incisions transversales en H et écartai les deux lambeaux ainsi formés.

Je trouvai alors à la partie interne du bord alvéolaire un corps dur, arrondi, d'apparence osseuse.

Ayant dégagé davantage cette région, je vis qu'il s'agissait d'une production d'aspect osseux, arrondie et allongée le long du bord alvéolaire interne, de la première prémolaire à la première grosse molaire.

Je pensai tout d'abord à un odontome et je cherchai à le dégager dans la profondeur pour le mobiliser, mais je vis alors que cette production était absolument adhérente à l'os, il s'agissait en effet d'un ostéome de la grosseur d'un haricot qui adhérait au bord alvéolaire depuis la partie postérieure de l'alvéole de la première prémolaire jusqu'à la première grosse molaire manquante.

A la gouge et au maillet je détachai le bord alvéolaire au delà de la petite tumeur que j'extirpai ainsi avec la portion d'os sur laquelle elle avait pris naissance. La guérison se fit sans aucun incident.

L'extirpation de cette tumeur paraît avoir exercé une influence favorable sur les névralgies dont se plaignait cette malade qui se plaignit encore notablement durant la période de réparation, mais qui fut à peu près débarrassée de ses douleurs lorsque la plaie fut complètement cicatrisée. Il est possible qu'il y ait eu là des phénomènes de compression des filets nerveux alvéolaires terminaux comme cela a été signalé pour la première fois par Gross, de Philadelphie, dans certains cas de névralgie faciale, où les filets nerveux seraient comprimés par l'ostéite condensante qui se produit à la suite de l'extraction des dents.

Quoiqu'il en soit, en raison de la rareté de ces productions néoplasiques dans la bouche, l'histoire de cette malade m'a paru intéressante à raconter.

ACCIDENTS DE LA DENT DE SAGESSE

Par M. Prével,

Chef de clinique honoraire à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 11 avril 1911.)

Au sujet des accidents de la dent de sagesse, je crois intéressant de vous signaler celui dont je fus témoin il y a une dizaine d'années, époque où je remplissais les fonctions de chef de clinique à cette Ecole.

Un jeune homme d'une vingtaine d'années se présenta à la clinique pour une extraction, opération qui fut faite par un élève. L'extraction effectuée, le patient se disposait à partir lorsqu'il me raconta qu'il avait sur la poitrine depuis plus d'une année un abcès que tous les traitements qui avaient été employés ne parvenaient pas à faire disparaître : il se rendait périodiquement dans différentes cliniques des hôpitaux, on lui incisait cet abcès, mais cette petite opération n'amenait pas la guérison.

Je lui fis ouvrir ses vêtements et je vis en effet un point rouge placé au milieu du sternum. Je pressai sur le pourtour, un liquide légèrement purulent en sortit.

Je palpai la région et m'aperçus que de ce point partait un trajet qui remontait en haut du côté gauche vers le cou et fus surpris de voir que l'on arrivait par ce trajet vers l'angle du maxillaire inférieur.

Je portai immédiatement mes investigations dans la bouche. Le côté inférieur intéressé ne présentait rien d'anormal, point de rougeur ni de douleur à la pression ; la dent de sagesse manquait, la gencive à cet endroit était légèrement épaissie mais bien fermée.

Je questionnai le sujet et j'appris que depuis plus d'une année une molaire lui avait été extraite par un infirmier à l'hôpital Lariboisière.

Je décidai de porter mes recherches de ce côté en faisant les incisions nécessaires pour bien dégager l'alvéole, la sonde toucha un corps dur, c'était une dent siégeant dans la partie profonde. J'en fis l'avulsion et retirai deux racines de dent de sagesse. Je fis faire ensuite à ce malade par un élève des lavages antiseptiques, qui amenèrent une amélioration rapide dans l'état de la fistule, dont j'eus la satisfaction de constater la parfaite guérison un mois après l'extraction.

Quelques mois plus tard j'eus la visite de mon patient qui vint me confirmer sa complète guérison.

REVUE DES REVUES

RÉACTION CARACTÉRISTIQUE DE LA SALIVE DANS L'ARTHRITE DENTAIRE

Par Louis Arnone.

Depuis plusieurs années je m'étais proposé de rechercher une réaction chimique pouvant révéler la présence de l'acide urique dans la salive comme on le fait pour l'acide lactique.

Pour obtenir la réaction de l'acide lactique on met dans un tube d'essai de l'eau phéniquée à 2 o/o, à laquelle on ajoute une goutte de perchlorure de fer (formule de la pharmacopée) et la solution devient lilas clair. En y versant de la salive mélangée, si elle contient de l'acide lactique, la surface de contact devient jaune d'or, coloration instable ; si elle contient du pus, elle se forme en flocons et se dépose au fond en laissant le liquide parfaitement limpide ; dans ce cas la salive ne se corrompt pas et le dépôt devient sombre avec le temps. Comme terme de comparaison on peut obtenir une réaction égale avec une goutte d'acide lactique du commerce.

Le procédé de réaction et de dépôt employé communément pour la recherche de l'acide urique dans l'urine est un peu plus long et n'est pas toujours sûr. La recherche de l'acide urique s'obtient par la réaction qui consiste à faire agir sur les cristaux à examiner quelques gouttes d'acide nitrique dilué, réaction qui se manifeste par l'effervescence laissant un résidu rougeâtre qui devient rouge pourpre par l'addition de quelques gouttes de chlorhydrate d'ammoniaque et violet par l'addition de lessive de potasse.

Pour faciliter le dépôt des cristaux de la salive on peut soumettre celle-ci à la force centrifuge.

L'observation de la salive est incertaine parce que, avec la salive, on trouve la flore bactérienne buccale, des débris d'aliments et du mucus ; en outre, quoiqu'on parvienne à distinguer les cristaux d'acide urique, leur forme est si variée qu'on ne peut jamais en faire le calcul exact.

Je n'ai pas encore trouvé la réaction que je cherchais, mais à force d'essais j'en ai trouvé une autre qui n'est pas moins intéressante.

La salive des individus atteints d'arthrite dentaire soumise à de l'eau distillée ou filtrée contenant du perchlorure de fer (3 gouttes dans 10 grammes d'eau) se précipite en bloc, devient une espèce de membrane et demeure en suspension et flottante à la surface, disposi-

tion qui rappelle la membrane des kystes d'échinocoque. Si elle est pesante, elle se dispose dans le tube en forme de ténia et arrive au fond. Le liquide ne la pénètre que très lentement, se maintient sous forme de membrane pendant plusieurs jours et, au bout d'une semaine, commence à s'effiler et reste ainsi pendant un mois et plus.

Pour me rendre compte de cette réaction, que j'ai trouvée caractéristique des arthritiques, et, je pourrais dire, des urémiques et des hérédo-arthritiques, je l'ai soumise au Professeur Bufalini qui m'a montré que la réaction de la mucine, prise dans la bile, est égale (cette réaction s'obtient avec l'acide acétique ou avec le perchlorure).

Nous avons donc la certitude maintenant que les arthritiques dentaires secrètent une quantité énorme de mucine, tandis que dans les salives mixtes de sujets normaux la réaction de la mucine est très faible et presque nulle.

Je me borne à indiquer cette réaction dans l'espoir que mes confrères m'aideront à trouver les rapports entre la production exagérée de mucine et celle de l'acide urique.

La réaction de la mucine est rapide et caractéristique quand on se sert de salive prise directement dans la bouche ; elle est plus lente et moins nette si la salive est restée quelque temps dans un flacon ; après 6 heures en été et 24 heures en hiver elle est presque nulle ou tout à fait nulle. Elle diffère si la salive est prise à des heures différentes, c'est-à-dire à jeun ou pendant la digestion et on peut parfaitement s'en rendre compte en faisant des expériences sur soi-même.

Cette réaction, en outre, est très marquée sur la salive des individus atteints de péricémentite goutteuse, quand même on ne note dans la bouche aucun symptôme appréciable de cette maladie.

(*La Stomatologia*, juin 1910.)

LA SOUDURE DE L'OR ET LES CAUSES DE LA CASSURE DES FACES DE PORCELAINE SOUDÉES

Par M. SCHAEFFER (de Breslau).

La première condition pour réussir une soudure, c'est la propreté, non seulement de la pièce à souder, mais de tous les instruments employés. Une matière d'investissement doit remplir trois conditions : 1° Elle doit être pure. Condamner l'emploi de sable à mouler, car après un certain usage il contient des particules ténues de métal susceptibles de produire une décoloration de la porcelaine ; 2° elle doit être suffisamment rugueuse ou du moins assez poreuse pour

permettre l'évaporation de l'eau ; 3° comme elle peut se faire en mélangeant une partie de sablé argenté fin ou d'asbeste avec deux parties de plâtre, qu'il est bon de renforcer de fils de fer, ou de fibres d'asbeste dans les grandes pièces, elle doit avoir complètement durci avant que la cire soit enlevée à l'eau bouillante pour enlever complètement toutes les matières grasses du métal.

Les parties de métal à souder doivent être très rapprochées et si elles sont d'un titre bas, être grattées aux bords pour être soudées. La soudure doit être d'un titre aussi élevé que possible généralement inférieur de 2 carats à l'or à souder. Elle doit couler aisément, avoir une épaisseur de 1/2 mm et avoir autant que possible la couleur de l'or à souder. Pour dissoudre l'oxyde qui se forme à la flamme et pour empêcher l'oxygène de l'air d'arriver sur l'or ou la soudure, les badigeonner tous deux avec du borax mélangé à la consistance crémeuse dans un verre couvert ou un plat de porcelaine. Appliquer la soudure en une couche, autrement de grosses boulettes de borax peuvent se loger entre les couches de celle-ci, et, lorsqu'on a soudé, rester ouvertes, laissant des trous dans la pièce. Il se forme de très petits trous dans la soudure en surchauffant avec la lame en pointe, ce qui peut brûler les métaux aisément fusibles de l'alliage. L'excès de chaleur peut amener une granulation des crampons de platine, c'est-à-dire que le platine s'allie avec les métaux de la soudure et devient cassant. Ne pas chauffer trop rapidement, car en raison du dégagement rapide de l'eau de cristallisation du borax, la soudure se dérange et il peut se produire des explosions qui amènent la cassure de la matière d'investissement.

Ce qui convient le mieux pour chauffer, c'est un fourneau. On peut aussi mettre la pièce sur un morceau de charbon bien cuit, maintenu de tous côtés par du plâtre, et chauffer au rouge, avec la flamme en pinceau venant d'en bas et des côtés ; projeter la flamme sur l'or et la soudure qu'on soupoudre de borax sec, finement pulvérisé, quand elle coule. Finalement on dirige la soudure avec la flamme en pointe sur l'endroit désiré.

Si la soudure doit prendre la forme de pointes ou de sillons, employer un crayon d'ardoise émoussé ; si elle ne doit pas couler au delà d'une certaine limite, tracer un trait au crayon qu'elle ne devra pas dépasser. S'il faut de la soudure en plus, la prendre avec des pinces, la chauffer en petits morceaux avec la flamme en pointe, et la déposer pour éviter un refroidissement brusque de la pièce. Pour une soudure très délicate le chalumeau à bouche convient fort bien, car il peut donner une grande variété dans l'intensité de la flamme.

En observant ces règles on évitera la cassure des faces de porcelaine. Ajuster avec un soin tout spécial l'arrière aussi exactement que possible à la dent ; pour cela faire l'arrière en or pur mince roulé de

1/5 mm d'épaisseur et l'adapter sur le bord incisif de la dent qu'on taille légèrement en biseau en meulant vers la face linguale. Si l'arrière est de forme concave, le métal se dilate à la chaleur, il emmagasine de l'air et il se forme un petit espace creux qui, par pression sur la dent, amène la cassure d'une couche mince à l'arrière de la face. Quoique la dent puisse sembler solide, le plus léger effort suffira à la faire tomber. Si l'on examine au microscope une face de porcelaine ainsi mal soudée, on remarque une ligne de plus grande réfraction de la lumière aux bords proximaux, ce qui est une indication précieuse de la présence d'un espace creux.

L'or qui a été appliqué sur le bord incisif taillé en biseau protège la dent sans être visible et facilite la réparation au cas où la dent se briserait. Les trous de l'arrière doivent être juste assez larges et assez éloignés pour que les chevilles puissent être passés commodément au travers, mais non trop facilement. Les trous dans l'arrière doivent être renversés, surtout du côté voisin de la dent, afin de faire de la place pour les petits cônes de porcelaine qui entourent généralement les chevilles. Il vaut mieux courber les chevilles que de les river. Pour éviter trop de tension en courbant, les entailler légèrement avec une scie à métal du côté vers lequel elles doivent être courbées. Ne pas laisser s'introduire de borax entre la porcelaine et l'arrière, car il s'unit avec le métal ou la porcelaine, et comme le coefficient d'expansion de ces trois matières est différent, une cassure peut se produire en refroidissant. Pour éviter, couvrir tout l'arrière de la dent avec de l'or en feuille. Renforcer les arrières minces et mous de l'or à 24 carats avec de la soudure jusqu'au bord incisif; la rupture des dents est souvent due à un renforcement insuffisant de l'arrière. Toutes les dents traitées convenablement peuvent être retirées de l'investissement avant qu'il soit entièrement froid. Les fêlures qu'on peut remarquer ne sont pas dues à un changement léger de température, mais à une quelconque des causes d'échec qui viennent d'être décrites.

(Dental Surgen.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 10 janvier 1911.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle, le 10 janvier, à 9 heures du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Godon.

I. — Présentation d'un appareil électrique portatif alimentant la lampe, le cautère, l'insufflateur d'air chaud, et pouvant servir a l'ionisation et a la cataphorèse, par M. Neuvy.

M. Neuvy fait la présentation de cet appareil, dont la description sera prochainement publiée.

Discussion.

M. Siffre. — Je conseille à M. Neuvy de faire une petite transformation. Pour les différents appareils qu'on branche, le système des vis est très incommode. Il serait préférable de faire de petites fiches, comme les fiches téléphoniques.

M. Neuvy. — Je suis tout à fait de votre avis, car ce perfectionnement existera dans le type définitif actuellement en construction.

M. Mendel-Joseph. — Je voudrais dire quelques mots au sujet des termes ionisation et cataphorèse que vous avez employés.

La cataphorèse étant un des éléments constitutifs du processus de l'ionisation et de l'électrolyse médicamenteuse, le terme ionisation comprend nécessairement le terme cataphorèse, comme toute notion générale comprend la notion particulière.

En ce qui touche la construction de l'appareil il importe que le milli-ampéremètre indique non seulement des 1/10 mais aussi des unités. Pour le traitement de la pyorrhée, par exemple, je vais jusqu'à 6 à 7 milliampères. L'intensité dont vous pouvez disposer avec votre appareil est donc absolument insuffisante.

M. le président. — Je remercie M. Neuvy de sa très intéressante communication et le félicite des premiers résultats obtenus.

Il est certain que ceux qui ont l'électricité chez eux, dans leur cabinet, comme c'est le cas à Paris, ont moins besoin d'appareils portatifs, cependant ils peuvent être encore utiles. Mais ce sont surtout les confrères de province, moins favorisés, et nos élèves de l'Ecole qui apprécieront comme il le mérite l'appareil portatif inventé par M. Neuvy. Il leur sera à tous d'une très grande utilité.

II. — Un cas de chute des dents a la suite de suppression de la mastication ; cessation des accidents par reprise de la la fonction, par M. Lemeland.

M. Lemeland donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. *Odontologie*, 28 février, p. 145).

Discussion.

M. Roy. — J'ai été très heureux d'entendre la communication de M. Lemeland. Elle nous intéresse beaucoup en effet parce qu'elle est la justification de nos idées particulières, notamment en ce qui concerne les bridges, la pyorrhée. Le cas de M. Lemeland ressemble assez à un cas de pyorrhée compliquée de septicité buccale probable.

Nous savons que dans la pyorrhée l'absence de mastication est un facteur extrêmement important. Au congrès dentaire belge, de Bruxelles, j'ai déjà parlé de l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire. Je reviendrai sur ce sujet dans une des séances de notre Société afin de répéter et de compléter les quelques observations que j'ai présentées.

Dans cette étiologie de la pyorrhée il est incontestable que l'absence de mastication joue un rôle important.

Les malades atteints de pyorrhée ont au début une légère sensibilité ligamentaire. Or qu'arrive-t-il ? En raison de cette sensibilité ils s'abstiennent de mastiquer sur les dents incriminées, de sorte que ces dents se nettoient moins bien ; la gingivite et la septicité de la bouche qui se produisent augmentent l'inflammation du ligament et favorisent ainsi le développement de la pyorrhée alvéolaire. C'est là un point important que nous, dentistes, nous ne devrions pas manquer de signaler à nos patients en leur recommandant, lorsqu'ils ont des dents atteintes de pyorrhée, de mastiquer très énergiquement sur ces dents de préférence aux autres.

Pour ma part, je recommande toujours la mastication comme traitement de la pyorrhée. Cette mastication peut être rétablie par les moyens normaux de l'individu, si ses dents rencontrent des dents antagonistes. Si cette mastication ne s'exerce pas, il faut recourir à la prothèse et particulièrement aux travaux à ponts qui ont pour but d'immobiliser et de faire travailler les dents lorsqu'elles sont dépourvues d'antagonistes.

Il arrive souvent que vous ne pouvez par aucun moyen pratique établir la mastication sur une dent, une dent de sagesse par exemple, et que vous êtes dans l'impossibilité de donner une antagoniste à cette dent. Vous améliorerez et vous guérirez, pratiquement parlant, la pyorrhée de cette dent si vous appliquez dessus une couronne qui lui fera supporter un bridge, parce que les pressions de la mastication

qui s'exerceront sur la partie antérieure du bridge s'exerceront sur la dent de sagesse et de ce fait cette dernière mastiquera tout à fait comme si elle avait une couronne antagoniste.

Ce qui corrobore également ces mêmes points, c'est qu'on rencontre souvent des bridges qui sont soutenus par des dents branlantes et cependant ces bridges rendent les plus grands services aux malades et la pyorrhée ne se développe pas sur ces dents parce qu'elles mastiquent.

Je serais très heureux si la très intéressante communication de M. Lemeland pouvait inciter nos confrères à répandre dans leur clientèle l'importance de la mastication pour combattre l'infection buccale et en particulier le développement de la pyorrhée alvéolaire.

M. G. Villain. — Je suis très heureux d'avoir entendu l'observation qui nous a été présentée par M. Lemeland.

Puisqu'il s'excuse d'être venu dans notre milieu, je crois que nous pouvons profiter de cette occasion pour montrer combien il pourrait être utile que les odontologistes rencontrent d'autres spécialistes.

Vous avez probablement tous observé dans votre clientèle des malades qui par suite de troubles digestifs s'alimentent de purées et omettent volontairement les aliments durs nécessitant la mastication.

Ces malades, s'ils avaient eu la possibilité de mastiquer convenablement des aliments durs auraient pu éviter les troubles pyorrhéiques pour lesquels ils viennent nous trouver.

Voilà donc un point pour lequel des communications de ce genre peuvent faire surgir un échange d'idées et de vues et rendre des services à nos malades.

M. Frey. — Dans le même ordre d'idées je signalerai qu'à ceux de mes clients qui présentent de la polyarthrite alvéolo-dentaire je conseille de mâchonner du raki.

M. G. Robin. — Seriez-vous en mesure de nous donner quelques renseignements sur l'état primitif de la bouche de votre malade, nombre des dents, dents mortes, dents vivantes, etc. ? Et d'autre part, avez-vous pu préciser si les abcès dont vous nous avez parlé étaient dus à des complications de mortification pulpaire ou à la pyorrhée alvéolaire ? Je rappelle en quelques mots à ce propos une théorie qui a été proposée pour expliquer l'apparition de la pyorrhée. Tout organe à l'état de travail produit des déchets acides : exemple, l'acide sarcolactique des muscles. Il en est de même pour le péricément. Si dans ces conditions nous prenons un sujet dont le sérum sanguin contient en quantité notable des corps difficilement solubles, comme l'acide urique, cet acide urique sera précipité dès qu'il pénétrera dans un territoire désalcalinisé, et particulièrement dans un organe comme le péricément où la circulation n'est pas spécialement développée. De là, la pyorrhée apparaîtrait surtout chez les gros mangeurs, et chez

ceux dont l'appareil dentaire est réduit, puisque, dans ce cas, chaque dent doit accomplir un travail plus intense.

L'observation de M. Lemeland apporterait donc une contradiction à la théorie que je viens de citer et qui d'ailleurs n'est pas universellement admise. Ce serait une chose à revoir et à mettre au point. Je tenais seulement à signaler cette contradiction.

M. Frey. — D'une façon générale, pathologique, l'hypofonctionnement et l'hyperfonctionnement peuvent aboutir aux mêmes lésions.

M. Roy. — Je ne veux pas entamer le chapitre de l'étiologie de la pyorrhée.

Je répondrai cependant de suite à M. Robin que ceux qui ont voulu chercher les urates dans les calculs, dans les racines, ont dû convenir pour la plupart qu'ils n'en ont pas trouvé, ou s'ils en ont trouvé, c'est dans des cas tellement rares que cela impliquait presque qu'il n'y en avait pas. Je crains par conséquent pour les auteurs de cette théorie des calculs uriques qu'il ne s'agisse là que d'une vue purement théorique.

M. Frey. — Il ne faut pas que nous admettions ces calculs uriques parce qu'on les admet un peu sans discussion de l'autre côté de l'Océan. C'est une question qui n'est pas mise au point. Nous pouvons admettre les calculs uriques, certes, dans une certaine mesure, mais y faire remonter la source des phénomènes que nous constatons, c'est aller un peu loin.

M. le président. — Je crois que nous nous éloignons de la question. L'observation qui nous a été présentée porte sur un fait : « Un cas de chute des dents à la suite de suppression de la mastication ; cessation des accidents par reprise de la fonction ». Qu'il y ait eu pyorrhée ou non, il n'en reste pas moins d'après l'observation de ces faits : cessation de fonction et de mastication : ébranlement des dents, rétablissement de la fonction, consolidation des dents malgré l'évolution de la tumeur du malade. C'est sur ces points que nous devons attirer l'attention de nos confrères.

C'est sur ce point qu'avec beaucoup de raison M. Roy et les orateurs qui ont parlé ensuite avaient porté leurs remarques. L'observation qui nous est présentée est très intéressante et c'est pour cela que nous avons prié M. Lemeland de venir vous présenter ce cas. La question qu'il a soulevée, de l'importance de la fonction de mastication, présente pour nous le plus grand intérêt.

M. Roy nous a dit tout à l'heure que c'est la justification des bridges et, par là, il entendait surtout des appareils remplaçant les molaires, soit les dents qu'on n'avait pas généralement l'habitude de remplacer. Eh bien ces appareils ont leur justification dans ce fait qu'on complète les fonctions de la mastication avec tous les avan-

tages qu'elle comporte au point de vue de la conservation des dents, de la sécrétion des glandes salivaires et de toutes les fonctions de la bouche en général.

Nous avons tous les jours des malades qui ne mangent pas d'un côté pour éviter de provoquer les douleurs que leur occasionnent certaines de leurs dents. De ce fait-là les dents se recouvrent de tartre, la gencive devient plus ou moins sensible, etc. Nous voyons également que des racines douloureuses à la pression et ébranlées, à la suite du traitement de désinfection de la racine et après l'application d'une couronne artificielle se consolident et reprennent leurs fonctions. Ce sont là de petits exemples qui confirment et donnent d'autres preuves de ce que vient de nous indiquer M. Lemeland.

Je remercie en votre nom M. Lemeland de sa très intéressante communication. Je serai votre interprète en lui disant que nous serons très heureux de le voir nous apporter d'autres communications.

III. — Discussion de la communication de M. Frey sur la terminologie des malpositions dento-maxillaires.

M. le président. — Nous avions indiqué à la dernière séance que l'on entreprendrait aujourd'hui la discussion de la communication faite par M. Frey à la dernière réunion, mais il avait été entendu que cette communication serait publiée dans *L'Odontologie.* Elle y a été publiée en effet dans le numéro du 30 décembre, au moins en partie.

Nous avons seulement comme orateurs inscrits MM. Roy et Villain. Si d'autres membres désirent prendre la parole, ils peuvent évidemment s'inscrire sur cette question.

La communication de M. Frey n'ayant pu être publiée en temps utile, la discussion en est remise à une séance ultérieure.

M. G. Villain se borne à la lecture des conclusions que lui suggère un usage de plusieurs années de la terminologie qu'il a adoptée (V. *Odontologie,* 30 janvier 1911, p. 67).

IV. — Observations de quelques cas de mortification pulpaire par traumatisme alimentaire chez des soldats, par M. Legrand.

M. Legrand donne lecture de sa communication dans laquelle il relate plusieurs cas de mortification pulpaire consécutifs à l'usage de biscuit de guerre particulièrement dur.

Discussion.

Le président. — Il y a un premier point à constater : c'est l'organisation des services dentaires dans les régiments. Il y a déjà quelque temps que le Ministre de la Guerre avait adressé une circulaire, le

10 octobre 1907, soit il y a trois ans, pour créer l'inspection dentaire dans l'armée.

Depuis lors, ces services se sont organisés petit à petit et comme on le voit aujourd'hui, par une circulaire en date du 2 décembre 1910, il y a dans chaque corps d'armée, dans chaque hôpital de garnison un service dentaire complet. La circulaire en question que vous trouverez dans le *Bulletin Officiel* du Ministère de la Guerre indique tout l'outillage d'une clinique dentaire. Si vous comparez cet outillage à celui qui existait il y a une dizaine d'années, dont la liste avait été établie ici, si je ne me trompe, sous les instigations de M. Magitot, vous verrez quel pas énorme on a fait dans l'armée au point de vue de la reconnaissance de l'utilité des soins dentaires à nos soldats.

Cela est très intéressant à constater. Il est indiqué dans cette circulaire que ce seront des chirurgiens-dentistes pourvus du diplôme de la Faculté de médecine qui doivent diriger ces services dentaires. C'est donc à brève échéance la nomination des dentistes de l'armée, qui existent déjà dans un certain nombre de pays, que nous avons réclamée si souvent.

On n'en est pas arrivé encore à la création d'un titre spécial, les prérogatives du dentiste militaire ne sont pas encore définies, mais, il y a déjà un commencement. Comme un de nos collègues, qui fait partie du corps de santé militaire, nous l'a dit, il faut commencer par rendre des services, plus tard on vous donnera des titres.

Dans tous les cas, de cette première organisation qui n'est plus rudimentaire, vous voyez un de nos jeunes diplômés nous indiquer quelques résultats de cette organisation.

M. Legrand qui est depuis trois mois au régiment a été chargé de trois services à Dreux, à Saint-Cloud et à Argentan.

Lorsque nous aurons à discuter la question des services dentaires nous examinerons ensemble l'organisation que nous devons plutôt préconiser. Il y aura des discussions intéressantes pour arriver à fixer notre choix entre l'organisation des services dentaires dans les hôpitaux, par corps d'armée, soit une seule organisation par corps d'armée ; ou une organisation pour chaque régiment, soit donc près de deux cents organisations. Les uns préconisent l'organisation par hôpital. Ils disent qu'ainsi on pourra dans les dix-huit hôpitaux — avec les crédits dont on dispose — réaliser une organisation plus complète, meilleure, plus moderne, plus en rapport avec les besoins de l'art dentaire tel que nous les comprenons. D'autres prétendent qu'il n'est pas possible d'envoyer les soldats à l'hôpital chaque fois qu'ils auront besoin de se faire soigner les dents. Cela donnera lieu à des plaintes de la part des officiers. Laissez les services dentaires des hôpitaux pour les cas graves, mais organisez des services dentaires dans les régiments,

ils seront plus à la portée du soldat et apporteront ainsi moins de trouble dans le service.

Il y a des crédits fournis par le ministère de la guerre et des crédits fournis par le régiment, la caisse de secours mutuel régimentaire et la coopérative régimentaire.

Nous avons consulté les officiers que nous connaissons parmi notre clientèle et leur avis concernant ce service dentaire militaire est qu'il doit se comprendre comme ceci : service d'inspection d'une manière générale à l'arrivée au régiment ; traitement à l'hôpital ou au régiment. Ce traitement sera limité aux soldats qui ne peuvent pas payer, car l'Etat ne doit pas la remise en état complète de la bouche des jeunes soldats. Par contre les travaux de luxe, les travaux de prothèse, par exemple, exécutés pour des officiers peuvent très bien être faits par les dentistes de la ville. Il y a là, vous le voyez, toute une série de questions très intéressantes qui pourraient être examinés utilement par nous.

J'en reviens au point qui nous occupe.

M. Legrand après trois mois a fait une observation intéressante. Il a constaté qu'il y avait un nombre — qui lui a paru énorme — de mortifications pulpaires qui se produisaient pour des dents qui n'étaient pas cariées, presque toujours du même côté, du côté droit. Il s'agissait presque toujours des petites incisives et des canines. Il a attribué cela aux chocs produits par la mastication des biscuits de guerre qu'on donne à manger aux soldats, biscuits qui sont très durs.

M. Barden. — Je signale un travail de M. Dubois qui a paru en 1906 dans la *Revue générale de l'art dentaire*, pour établir les méfaits du biscuit de campagne au régiment. A ce moment-là M. Dubois se trouvait dans les mêmes conditions que M. Legrand à Dreux. Il avait fait à l'époque d'intéressantes constatations concernant les mortifications pulpaires. Une semaine il avait constaté une véritable épidémie d'arthrite alvéolo-dentaire. Au lieu d'avoir un ou quelques cas il en avait eu trente ou quarante. Or il restait en magasin un lot considérable de biscuits qu'on avait voulu liquider. De leurs belles dents les soldats s'étaient mis à exécuter l'ordre du colonel. C'est à la suite de ce fait que s'étaient produites les mortifications pulpaires constatées par M. Dubois, avec complication d'arthrite alvéolo-dentaire.

M. Daunis. — Je suis un peu sceptique quant aux mortifications pulpaires dues aux biscuits de guerre, parce que précisément les soldats ont une véritable répugnance à manger ce biscuit. J'ai bien vu distribuer le biscuit de guerre, mais je puis dire que 99 o/o des hommes ne le mangeaient pas.

Il arrive bien que parfois, par fantaisie, un homme essaie de manger un biscuit, mais dans ce cas il le fait généralement tremper dans son café, par exemple.

Je crois par contre qu'il y a une série de faits auxquels on ne songe pas assez. Le soldat a effectivement une tendance à prendre un objet avec ses dents pour suppléer à son manque d'instrumentation. Il peut résulter de cela des accidents nombreux et variés. Ce serait plutôt de ce côté qu'il faudrait chercher.

M. le président. — Il faudrait prier tous nos jeunes confrères qui accomplissent leur service militaire de continuer cette enquête pour nous signaler des faits précis. Dans tous les cas je crois que vous serez d'accord avec moi pour encourager M. Legrand à continuer son étude et pour le remercier de sa communication.

V. — Incidents de la pratique journalière.

a). *Appareil provisoire de fixation dans la pyorrhée, par M. Godon.*

M. Godon. — J'ai ajouté à l'ordre du jour parmi les incidents de pratique journalière une petite observation.

Voici de quoi il s'agit : je vous le dirai en quelques mots.

M. Roy disait tout à l'heure que dans le traitement de la pyorrhée il recommandait particulièrement la mastication. Il faut que le malade puisse mastiquer.

Lorsqu'il arrive avec des dents douloureuses à la pression non seulement de la mastication, mais quelquefois de la langue, des lèvres, des joues, un des premiers principes du traitement est de maintenir, de fixer les dents. Dans tous les traités, vous voyez qu'il est indiqué dans ce but des appareils médiats et des appareils immédiats dont la base est mobile ou fixe. Le bridge dans le traitement de la pyorrhée est un excellent procédé de maintien des dents, dont il permet le fonctionnement. Les dents perdent leur sensibilité.

Mais l'application des bridges demande du temps, et souvent il faut avoir recours à un procédé de maintien immédiat. Il y a pour cela les ligatures avec le fil de soie ou le fil de platine.

Mais l'application de ces fils ne donne pas une fixité suffisante aux dents, et, par conséquent, on n'obtient pas le soulagement espéré. Je m'en suis rendu compte par moi-même, et j'ai cherché autre chose. Au lieu de ce fil qu'on entrecroise, j'ajuste derrière les dents du côté lingual ou palatin un fil métallique rond à peu près de la grosseur du fil employé pour les dents à tubes. Sur cette barre rigide est ensuite attachée avec un fil de platine fin chaque dent. Vous obtenez ainsi le maintien de la dent que vous pouvez ramener à sa place normale. Si elle est allongée, vous pouvez la renfoncer dans son alvéole.

Avec ce procédé vous obtenez une rigidité plus grande et je puis dire que c'est un appareil immédiat, puisqu'il ne nécessite qu'une heure 1/2 ou 2 de préparation : prise d'une empreinte, ajustage de la barre en platine au laboratoire, fixation dans la bouche.

Depuis cinq ou six mois que j'emploie ce procédé je m'en suis fort

bien trouvé, j'ai pu l'appliquer à plusieurs patients. C'est un moyen de fixation *provisoire*, car après cela vous pouvez faire tout le travail que vous jugerez utile sur les dents pour y placer des appareils définitifs, dévitaliser la dent, faire les préparations pour recevoir les inlays ou les bridges nécessaires : la dent étant maintenue, n'est plus douloureuse.

Avec cette fixation on obtient un soulagement immédiat. Ce n'est en somme qu'une application des procédés qu'on emploie pour les redressements avec les fils d'Angle. C'est le même procédé pour la fixation et l'application.

Il faut toujours faire attention que les nœuds des fils de platine soient logés entre les dents. Il faut commencer par attacher l'appareil aux dents solides avant de serrer les dents ébranlées. Il y a évidemment des petites précautions à prendre. Néanmoins dans tous les cas je crois qu'en attendant l'appareil de maintien définitif ce procédé peut nous rendre bien des services.

Je vous signale aussi pour faciliter l'exécution du travail le petit procédé des plaques estampées. Aussitôt le modèle coulé, vous faites estamper une plaque emboîtant la couronne des dents (face labiale) qui vous permet de travailler dans la bouche de votre patient sans provoquer de douleur. Cette plaque maintient les dents ébranlées, de sorte que vous pouvez plus facilement faire les ouvertures, travailler à la fraise sans faire souffrir votre patient. Si la plaque que vous avez ne s'ajuste pas parfaitement, vous n'avez — si le temps vous manque pour en faire une nouvelle — qu'à appliquer un peu de godiva dans une plaque préparée d'avance que vous mettez ensuite en place ; de la sorte vous avez une plaque qui peut vous servir immédiatement.

Voilà des petits procédés qui n'ont pas l'importance d'une communication et qui peuvent prendre place, comme je vous l'ai dit, dans nos incidents de pratique journalière.

M. Roy. — J'ai remarqué que dans la pyorrhée douloureuse il arrive parfois qu'il ne faut pas immobiliser complètement les dents, mais qu'il faut le faire progressivement, sans cela l'immobilisation de la dent rend celle-ci douloureuse.

M. Godon. — Ces appareils ont cet avantage, c'est que vous pouvez aisément obtenir une immobilisation plus ou moins complète. J'ai remarqué que si on serrait un peu trop fort au début on n'obtenait pas le soulagement désiré. Il y a un stade où la dent est mieux étant un peu libre et un autre où elle est moins bien libre que plus serrée.

L'avantage de ces petites ligatures, c'est qu'on peut les serrer graduellement.

M. Masson. — Cet appareil a pour nous le grand mérite d'être d'une extrême simplicité. Sa pose peut se faire dans un espace de temps extrêmement court. Il permet ultérieurement les manœuvres thérapeutiques que nous sommes amenés à faire, en particulier le

curettage radiculaire, les injections médicamenteuses, la dévitalisation et la pose du bridge. Comme stade de traitement temporaire cela me paraît réaliser un progrès intéressant, surtout en ce sens que l'adaptation se fait très rapidement.

M. Godon. — J'ajoute que vous pouvez même considérer ce procédé, si vous voulez, comme un appareil plus fixe en y soudant des inlays, les dents mobiles étant dévitalisées.

Ayant préparé un pivot dans le canal vous faites transversalement votre inlay, puis vous soudez celui-ci à la barre et votre dent mobile se trouve maintenue aussi bien qu'elle le serait dans un bridge. Si votre inlay est fixé, comme le recommandait M. H. Villain l'autre jour, à la gutta, vous pouvez enlever facilement l'appareil et débarrasser votre patient si le traitement le nécessite, puis vous pouvez remettre l'appareil en place aussi facilement.

En tous les cas j'ai pu me rendre compte qu'avec un inlay soudé à la barre on obtient un appareil qui vaut un bridge.

b). *Modification des bandes d'Angle, par M. Rucke.*

M. Rucke donne lecture d'une note sur ce sujet (V. *Odontologie*, 28 février 1911, p. 171).

c). *Correction d'un défaut d'articulation d'une consonne, par M. Roy.*

M. Roy. — Puisqu'on parle d'incidents de pratique, je vous signalerai un petit incident qui m'est arrivé ces jours-ci et pour lequel j'ai recouru à un procédé qui pourra peut-être être employé à l'occasion.

J'avais préparé une dent pour une couronne et je croyais avoir réservé sur la face triturante la place tout à fait suffisante pour répondre à tous les mouvements d'occlusion. Je posai donc la couronne, mais je me rendis compte alors que j'étais obligé d'enlever une quantité considérable d'or ce qui amincissait considérablement la face triturante de la couronne par suite des mouvements latéraux extrêmement prononcés de cette malade. J'étais un peu ennuyé parce que je me trouvais dans la nécessité de recommencer ma couronne. Pour éviter cela je meulai la face triturante de la dent d'une épaisseur convenable et comme ma couronne était parfaite sur tous les autres points, je mis de la cire dans le fond, je la mis en place la cire étant chaude et je fis mordre ma malade. Je la retirai ensuite en plaçant un fil à l'intérieur pour faire une coulée. J'ai coulé ainsi dans la couronne la quantité d'or nécessaire pour répondre à toutes les nécessités de l'articulation et la couronne s'ajuste d'une façon tout à fait parfaite et a toutes les qualités requises pour répondre à tous les besoins de la mastication.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES ÉTUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE

Nos étudiants se sont livrés dans ces derniers temps à des manifestations publiques qui ont provoqué une certaine agitation dans les milieux médicaux et dentaires et donné lieu à des polémiques dans la presse politique.

*Il nous paraît intéressant de publier la lettre ci-après que nous recevons à cet égard de l'*Union corporative des anciens étudiants et étudiants en chirurgie dentaire *et qui est destinée par leurs auteurs à dissiper certains malentendus.*

Paris, le 5 avril 1911.

A Monsieur le Directeur de *L'Odontologie*,

Le Comité serait très heureux que vous insériez dans les colonnes de votre estimé journal les ordres du jour récemment votés par l'U. C. et que nous vous présentons avec quelques détails. Nous désirons une mise au point qui est motivée par un article paru dans le nº de mars des *Annales de la Jeunesse médicale* et reproduit dans le *Figaro* du 16 mars. D'après cet article et surtout d'après l'ordre du jour qui le résume, il est permis de supposer que notre Comité s'est rendu à la Corporative des étudiants en médecine pour lui demander, dès l'abord, de s'intéresser à l'évolution de notre profession et la prier de tenter une réforme des études dentaires dans le sens stomatologique.

En raison de la confusion produite par cet ordre du jour, que nous voulons croire imprécis, plusieurs odontologistes ont pu estimer, avec juste raison, que notre Corporative de Chirurgie dentaire fusionnait, quant aux idées et aux principes, avec la Corporative de Médecine. Nous affirmons que cet ordre du jour est erroné. Voici exactement les pourparlers qui furent engagés avec l'Association Corporative des étudiants en médecine.

Dans la première quinzaine de février un membre du Bureau de la Corporative de Chirurgie dentaire rencontra au Comité fédéral des Corporatives un membre du Bureau de la Corporative de Médecine : naturellement on en vint à parler de la manifestation récente des étudiants en Chirurgie dentaire et, pour clore cette conversation, d'ordre privé, le représentant de la Médecine convia son camarade de Chirurgie dentaire à venir causer amicalement avec quelques membres du Comité de Médecine, puis il ajouta :

« Nous sommes très partisans d'une entente avec votre Corporative, car l'évolution de votre profession nous intéresse fort ». Le représentant de notre Société se rendit à cette invitation ; comme conclusion, les délégués de Médecine dirent à notre délégué : « Dans votre Assemblée générale prochaine nommez donc une délégation officielle et nous

pourrons établir un avant-projet commun de réformes de vos études, avant-projet que nous présenterons ensuite à nos Sociétés professionnelles. »

La Délégation fut nommée et se rendit à la Corporative de Médecine.

Les Délégués furent très étonnés de rencontrer chez les Délégués de Médecine des sentiments absolument contraires à ceux précédemment émis.

Notre corporative cessa donc de ce jour tout pourparler avec la Corporative de Médecine.

Après ces explications détaillées il est facile de comprendre l'erreur de l'ordre du jour de la Corporative de Médecine. Cet ordre du jour débute ainsi : « Le Comité de l'A. C. de Médecine, après avoir pris connaissance des propositions de l'A. C. des Dentistes,... ». *Or nous prétendons qu'aucune proposition ne fut faite par notre Association à la Corporative de Médecine, mais qu'il y eut seulement un échange d'idées qui aboutit à des conceptions différentes.*

A l'ordre du jour de Médecine paru, comme il a été dit plus haut, dans le *Figaro* du 16 mars *notre Comité fit réponse dans le Figaro du 24 mars, le Radical du 24 mars, la Petite République du 23 mars, l'Action du 23 mars, le Journal du 28 mars.*

Nous répétons notre ordre du jour paru dans ces différents journaux :

ORDRE DU JOUR :

Le Comité de l'Union Corporative, considérant, d'une part, que l'Odontologie est une science exigeant des connaissances techniques diverses très différentes de la science médicale ; considérant, d'autre part, qu'il est impossible, au moment présent, d'établir dans les Facultés ou écoles de médecine un service dentaire complet (Cours, Clinique, Prothèse) tel qu'il existe dans les écoles dentaires ;

Après avoir pris connaissance des propositions de l'A. C. des Étudiants en Médecine, propositions consistant en la suppression du grade de Chirurgien-dentiste au profit du seul de Doctorat en médecine.

DÉCIDE :

1° De repousser les propositions de l'A. C. des Médecins ;

2° De présenter aux Pouvoirs publics, avec l'agrément des principaux groupements dentaires, un projet de réformes portant sur les études de chirurgie dentaire et sur l'exercice de l'art dentaire par les docteurs en médecine non diplômés d'une École dentaire.

Cet ordre du jour vient d'être complété par la décision suivante prise par la Corporative de Chirurgie dentaire en assemblée générale le 4 avril :

« L'Assemblée générale de l'U. C. approuve l'ordre du jour voté le 20 mars par son Comité et conséquemment :

1° Adopte comme ligne de conduite *les principes odontologiques* qui furent émis par les écoles et les principaux Groupements dentaires ;

2° Engage le Comité de ne tenter, à l'avenir, aucune démarche officielle ou officieuse, au sujet de réformes, avant d'avoir consulté les représentants des groupes susnommés ».

Nous n'avons rien à ajouter à cet ordre du jour qui, nous l'espérons, dissipera toute équivoque et permettra aux Comités présent et futurs de défendre, au *Quartier Latin, l'idée odontologique.*

Nous pensons, Monsieur le Directeur, que vous reproduirez cette mise au point et nous vous prions de croire, avec nos remerciements anticipés, à l'expression de nos sentiments très distingués.

Pour le Comité et par ordre :

Le Bureau :

Doucedame, Logeay, Cantegrel, Marchadier, Capuron, Lacour, Vautrin.

Union corporative des Anciens Étudiants et Étudiants en Chirurgie Dentaire.

Par suite de la dissolution du Comité, votée le 15 mai par l'assemblée générale, dissolution motivée par la démission du Bureau, qui désirait, contrairement à quelques uns, orienter la société dans le sens d'une action odontologique, un vote nouveau eut lieu qui a donné les résultats suivants.

Furent élus :

MM. Braunstein, Brientin, Cantegrel, Capuron, Deltour, Doucedame, Fourquet, Girard, Hodek, Issalis, Katz, Lacour, Legros, Logeay, Marchadier, Martin, Muszlak, Stammer Johann, Taffin.

Après son élection le Comité a voté un ordre du jour de confiance au Bureau démissionnaire qui a été réélu et qui est ainsi composé :

Président : M. Doucedame.
1er *Vice-président :* M. Issalis.
2e — M. Logeay.
Secrétaire général : M. Brientin.
Trésorier général : M. Lacour.
Bibliothécaire-Ar.: M. Cantegrel.
Secrétaire adj. M. Marchadier.
Trésorier adjoint : M. Capuron.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons pratiques de sciences physiques et naturelles.

M. P. Ledoux, chef des travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris, vient de publier chez Hachette un volume qui porte ce titre.

La préoccupation de l'auteur a été de s'inspirer du programme officiel de l'enseignement des sciences physiques et naturelles au cours supérieur des écoles primaires.

Néanmoins, par les notions complémentaires rassemblées à la fin de l'ouvrage, par le développement donné à certaines parties, l'auteur a eu le dessein de faire de ce livre un instrument de travail pouvant convenir aussi aux élèves des cours supplémentaires et aux candidats au brevet élémentaire.

La méthode qu'il a suivie est la méthode expérimentale, son désir ayant été de faire un livre offrant avant tout un caractère pratique. Il s'est astreint constamment à cette règle : partir d'un objet qu'on peut voir et toucher, d'un fait concret qu'on peut observer, d'un phénomène qu'on constate, d'une expérience qu'on exécute. Mis en présence de la réalité, l'élève est amené à s'intéresser plus vivement, à mieux comprendre, à réfléchir plus sûrement.

L'auteur a accusé le côté pratique en détaillant toutes les applications que comporte chaque leçon au point de vue de l'hygiène, de l'économie domestique, de l'agriculture, des arts industriels.

Il a accordé une grande place à l'illustration en enrichissant son ouvrage de 547 figures. Enfin toutes les leçons sont suivies de questions de contrôle et d'intelligence, de résumés et de sujets de devoirs, au nombre de 150, à traiter par écrit, et 229 expériences sont indiquées dans ce livre de 440 pages.

Pour permettre à l'élève d'exécuter ces 229 expériences, M. Ledoux a complété son ouvrage par un *Compendium scientifique* comprenant tous les appareils et produits nécessaires renfermés dans une boîte meuble avec couvercle.

Souhaitons au nouveau livre de M. Ledoux, écrit avec une grande clarté, le succès qui a accueilli un autre ouvrage de lui, dont nous avons rendu compte ici même, qui était destiné au cours moyen et au certificat d'études et qui avait pour titre : *Cinquante leçons de sciences physiques et naturelles*. Le tirage de ce dernier ouvrage a dépassé 100.000 exemplaires.

Félicitons en même temps notre collègue dans le corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris, qui est aussi professeur au collège Chaptal, du travail méritoire qu'il a accompli.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

COUR D'APPEL DE PARIS (4e Ch.)

Présidence de M. VALABRÈGUE.

Audience du 10 mars 1910.

I. CHIRURGIEN-DENTISTE. — CESSION DE CABINET. — VENTE DE LA CLIENTÈLE ET DE L'ACHALANDAGE. — VALIDITÉ. — NON-PAIEMENT DU PRIX. — RÉSOLUTION DE LA VENTE. — II. EXPERTISE. — DÉLAI IMPARTI. — NON-MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERT. — DÉCHÉANCE.

I. — Est valable pour le tout la vente consentie par un chirurgien-dentiste et portant sur l'ensemble des éléments corporels et incorporels constituant son cabinet.

Cette vente ne peut être déclarée nulle, même en ce qui concerne la cession de la clientèle, car il n'existe aucun motif pouvant faire considérer celle-ci comme hors du commerce. En effet, si la clientèle d'un chirurgien-dentiste est le produit du libre choix et de la confiance des intéressés, il en est de même de la plupart des autres clientèles qui peuvent être l'objet d'une vente valable dans la mesure où il peut en être disposé.

II. — La partie qui n'a pas mis en œuvre un expert dans le délai qui lui a été imparti par justice peut être déchue du bénéfice de l'expertise.

A la date du 23 décembre 1908, le Tribunal civil de la Seine a rendu le jugement suivant, qui expose les circonstances de la cause.

Le Tribunal ;

Attendu que, suivant jugement de cette section du 28 novembre 1904, avant faire droit sur les conclusions de l'assignation délivrée, le 11 mars 1904, à B., à la requête de F., lesquelles tendaient à la résolution aux torts de B. de la vente d'un cabinet de chirurgien-dentiste et à la condamnation de B. en 30.000 francs de dommages-intérêts, et les conclusions reconventionnelles de B. à la restitution de la somme de 5.000 francs sur celle de 20.000 francs dejà versée sur le prix convenu, Y. a été commis expert aux fins de : à la diligence de B., dans les deux mois de la signification du jugement, examiner les livres et la comptabilité de caisse, tant de F. que de B, rechercher si cette comptabilité contient des recettes fictives ou majorées, préciser les recettes réellement faites par les parties, enfin, déterminer la cause de l'avilissement actuel du cabinet dentaire, objet de l'instance ;

Attendu que le jugement précité a été signifié à R., avoué de B., suivant acte du Palais, du 15 juin 1908, et à B. lui-même, suivant exploit de T., huissier à Paris, le 30 du même mois ; que B. n'a point

encore mis en œuvre l'expert ; que le délai de deux mois accordé à cet effet est expiré ;

Attendu que, suivant conclusions du 9 novembre 1908, F., excipant de l'expiration du délai de deux mois, à courir de la signification du jugement du 28 novembre 1904, imparti à B., demande déchéance contre B. du bénéfice de ce jugement, en conséquence de ses conclusions, tant en défense à l'exploit introductif d'instance que reconventionnelles d'autre part, faute par B. d'avoir satisfait aux obligations de son contrat dans les huit jours du jugement à intervenir, la résolution de ce contrat aux torts de B., l'autorisation de rentrer en possession du cabinet de chirurgien-dentiste et de tout ce qu'il contenait au jour de la vente, enfin, la condamnation de B. en 30.000 francs de dommages-intérêts ;

Attendu que, bien que l'affaire ait été remise pour plaider, d'accord avec les avocats des parties, du 25 novembre au 9 décembre, où elle était indiquée troisième aux affiches, B. n'a point posé conclusions en réponse à celles précitées et n'a fait présenter avocat que ce jour ; qu'il excipe oralement aujourd'hui d'une maladie qui l'aurait empêché de diligenter l'expertise et du fait qu'il aurait mis en œuvre l'expert le 9 décembre 1908, soit le jour où l'affaire a été plaidée pour F., après plusieurs remises aux mêmes fins ;

Attendu que le jugement d'avant dire droit du 28 novembre 1904, aujourd'hui passé en force de chose jugée, constate notamment, d'une part, qu'aux termes de ses conventions avec B., F. a stipulé à son profit la déchéance du terme pour les fractions non échues du prix et le droit de poursuivre la résolution de la vente consentie deux mois après une mise en demeure demeurée infructueuse, notifiée aux fins de paiement d'une fraction échue du prix ; d'autre part, que B. ne justifie en aucune façon qu'un produit déterminé du cabinet, objet du contrat, lui ait été garanti par F. ; enfin, que B. est seulement recevable à établir, les conditions de son contrat paraissant avoir été onéreuses, que le relevé des livres de comptabilité tenus par F. et dont il a approuvé cependant l'arrêté dressé par V. fait état de recettes fictives ou majorées ; enfin, qu'elles sont les causes de l'avilissement actuel du cabinet objet du contrat ;

Attendu que, dans ces circonstances, F. soutient à bon droit que B. n'ayant point diligenté l'expertise autorisée sur sa demande et dans son intérêt, mesure d'instruction déclarée seule de nature à justifier tant ses moyens en défense à la demande principale que ses moyens à l'appui de sa demande reconventionnelle, le bien-fondé de la demande de F. et le mal fondé de celle de B. sont acquis en principe aux débats dès à présent ;

Attendu, en ce qui concerne les dommages-intérêts réclamés par F., que la somme de 30.000 francs qui est demandée ne paraît pas exagérée ; qu'en effet, d'une part, la résolution de la vente consentie entraîne, pour F., l'obligation de restituer à B. les sommes reçues en exécution du contrat, lesquelles montent à 20.000 francs ; d'autre part, que, de l'aveu de B., le cabinet, objet du contrat résolu, a périclité entre ses mains ; qu'enfin, F. a été privé pendant huit ans de la

jouissance de ce cabinet et a dû soutenir contre B., qui s'est rendu insolvable entre temps, une lutte judiciaire où l'on compte déjà cinq jugements et deux arrêts ;

Attendu que F. B., avoué, s'est constitué, au cours de l'instance, pour F., aux lieu et place de P., avoué, antérieurement constitué ; qu'il y a lieu de lui donner acte de cette constitution ;

Par ces motifs ;

Donne acte à F. B., avoué, de sa constitution pour F., aux lieu et place de P., son prédécesseur ;

Déclare B. déchu du bénéfice du jugement d'avant dire droit rendu en la cause par cette section, le 28 novembre 1904 ; déclare, en conséquence, le même mal fondé dans sa demande reconventionnelle, l'en déboute ;

Déclare B. déchu du bénéfice du terme stipulé en sa faveur pour le règlement du prix convenu ; le condamne, en conséquence, à payer à F. le solde principal de 30.000 francs restant dus sur ce prix ; faute par lui de ce faire, dans les huit jours du présent jugement, prononce, dès à présent, à ses torts, la résolution du contrat de vente susvisé ; autorise F. à rentrer en possession de l'objet de ce contrat, avec tous ses accessoires, par toutes les voies de droit, même à l'aide de la force armée ;

Condamne B. en 30.000 francs de dommages-intérêts envers F., pour le cas où la résolution aura résulté du présent jugement ; et condamne B. en tous les dépens.

M. B. a interjeté appel de ce jugement, en prétendant qu'une clientèle de médecin ou de dentiste est hors du commerce et ne peut faire l'objet d'un contrat licite. Il demandait à la Cour de nommer un expert pour faire la ventilation du prix de la clientèle et du prix des accessoires cédés.

La Cour, après avoir entendu Me *D.*, pour l'appelant, et Me C., pour l'intimé, a, sur les conclusions de M. Rambaud, avocat général, statué en ces termes :

La Cour,

Considérant que, par conventions de novembre 1900, F. a cédé à B., moyennant le prix de 50.000 francs, payable à des époques déterminées, son cabinet de chirurgien-dentiste comprenant la clientèle et l'achalandage, les instruments, meubles et objets mobiliers servant à son exploitation, le droit au bail et le droit de se dire successeur du vendeur ; que celui-ci s'engageait, en outre, à rester pendant deux ans avec son successeur pour le présenter à la clientèle et le faire agréer par elle et s'interdisait d'exploiter un établissement similaire dans les départements de la Seine, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne ;

Considérant que, dans ces conditions d'appel, B. prétendant, ce qu'il n'avait point fait en première instance, que, la clientèle d'un chirurgien-dentiste étant hors du commerce, les conventions prérappelées seraient nulles, en ce qui la concerne, et valables seulement en ce qu'elles portent sur les instruments, meubles, objets mobiliers et

le droit au bail, demande que, sur le prix de vente, il soit fait une ventilation pour déterminer la partie de ce prix afférente à chacun de ces éléments et réclame une fraction de la somme qu'il a payée à titre d'acomptes ;

Mais, considérant que les conventions prérappelées portent sur l'ensemble des éléments corporels et incorporels qui constituent le cabinet de chirurgien-dentiste et imposent à F. des obligations licites; qu'elles sont donc valables pour le tout et ne peuvent être déclarées nulles, même en ce qui concerne la cession de la clientèle ; qu'il n'existe, en effet, aucun motif pouvant faire considérer cette clientèle comme étant hors du commerce ; que, si elle est le produit du libre choix et de la confiance des intéressés, il en est de même pour la plupart des autres clientèles qui peuvent être l'objet d'une vente valable dans la mesure où il peut en être disposé ; qu'il échet, en conséquence, de rejeter les conclusions jointes à cet égard par B. ;

Considérant que celui-ci, qui a laissé passer le délai imparti par le jugement du 28 novembre 1904 pour mettre en œuvre l'expert commis et qui n'a fait aucune diligence à cet effet, avant le jour où l'affaire a été plaidée, doit être considéré comme ayant renoncé à la mesure d'instruction ordonnée sur sa demande ;

Adoptant, en outre, les motifs des premiers juges, mais en tant seulement que, n'étant pas contraires à ceux du présent arrêt, ils concordent avec eux et les complètent ;

Considérant que, dans son assignation, F. demandait non le paiement du solde restant dû sur le prix de la cession, mais la résolution de cette cession avec dommages-intérêts ; que c'est donc à tort que les premiers juges ont condamné B. au paiement de ce solde et, à défaut seulement par lui d'avoir opéré ce paiement, ont prononcé la résolution des conventions et condamné B. à 30.000 francs de dommages-intérêts ; qu'il échet, en conséquence, d'infirmer le jugement, mais seulement en ce qu'il a condamné l'appelant à payer à F. le solde du prix stipulé ;

Considérant que B., qui n'a pas fait à son cédant le versement des acomptes aux époques convenues, a manqué à ses engagements ; que cette inexécution de ses obligations doit entraîner la résolution des conventions demandée par l'intimé ; que cette résolution a causé à F. jusqu'au jour du jugement un préjudice important dont les premiers juges ont fait une exacte appréciation ;

Adoptant, en outre, les motifs non contraires des premiers juges ; considérant que, depuis le jugement entrepris, un nouveau préjudice a été causé à F. par suite de la privation de son cabinet de chirurgien-dentiste ; que B., par la faute duquel il a été occasionné, est tenu de le réparer ; que les éléments d'appréciation fournis à la Cour permettent d'en fixer l'importance à 5.000 francs ;

Considérant que, par suite de la résolution des conventions, les parties étant placées au même et semblable état qu'antérieurement à leurs accords, il y a lieu d'ordonner que F. restituera à B., aux intérêts de droit à compter des versements, la somme de 20.000 francs, que ce dernier lui a payée ;

Par ces motifs ;

Infirme le jugement, en ce qu'il a condamné l'appelant au paiement de la somme de 30.000 fr., solde du prix de la cession ; le décharge, en conséquence, des dispositions et condamnations lui faisant grief à cet égard ; et, statuant à nouveau, dit n'y avoir lieu de prononcer, à ce titre, une condamnation qui n'était pas demandée ;

Dit que B., en ne faisant aucune diligence pour mettre en œuvre l'expert commis par le jugement du 28 novembre 1904, a renoncé implicitement à la mesure d'instruction ordonnée par cette sentence ;

Déclare résolues, par la faute de B., les conventions de novembre 1900 ; maintient la condamnation en 30.000 francs prononcée, à titre de dommages-intérêts, pour le préjudice postérieur audit jugement ;

Condamne F. à restituer à B., avec intérêts de droits, à compter des versements, la somme de 20.000 francs, que ce dernier a versée à titre d'acomptes ;

Confirme ledit jugement dans toutes les autres dispositions non contraires au présent arrêt ; rejette, comme mal fondées, toutes conclusions contraires, tant de l'appelant que de l'intimé ;

Ordonne la restitution de l'amende; et, vu les circonstances de la cause, condamne B. en tous les dépens d'appel.

Observation. — Contrairement à l'arrêt reproduit, il a été souvent décidé que, la clientèle d'un dentiste étant hors du commerce et ne pouvant faire l'objet d'une cession valable, la vente d'un cabinet de dentiste est nulle, en tant qu'elle porte sur ladite clientèle, et qu'il y a lieu, en conséquence, à ventilation du prix stipulé, la vente ne pouvant produire effet que pour les autres éléments qui en font l'objet et qui n'ont rien de contraire à l'ordre public tels que cession de matériel mobilier, droit au bail et interdiction de se rétablir prise par le cédant : C. de Douai, 25 mai 1906 (*Rec. Douai,* 1906.4.319); C. de Nancy, 23 février 1909 (Dalloz, 1909.5.76).

Comparer, en ce qui concerne les médecins : Trib. civ. Châteauroux, 25 juillet 1898 (Dal., 1899.2.255) ; Trib. civ. Seine, 22 novembre 1904 (*Le Droit* du 24 janvier 1905); 17 février 1905 (*Le Droit* du 17 août 1905, avec note contenant l'exposé complet de la controverse qui s'est élevée à ce sujet et de l'état de la jurisprudence sur la question).

(*Le Droit,* 22 octobre 1910.)

NÉCROLOGIE

Denis Sauvez.

Nous avons le très vif regret d'apprendre la mort de notre confrère M. Denis Sauvez, survenue subitement le 23 avril, à l'âge de 68 ans.

M. Denis Sauvez était l'un des plus anciens membres de l'Association des dentistes de France; il avait été membre du cercle des dentistes. Il était très connu et très aimé dans la profession.

Ses obsèques ont eu lieu à Epehy (Somme), le 26 avril, à 10 heures du matin. L'A. G. S. D. F. et l'E. D. P., qui avaient envoyé une couronne, étaient représentées par MM. L. Lemerle, R. Lemière, Quillet, etc.

Nous adressons, à l'occasion de cette perte cruelle, nos bien sincères sentiments de condoléances à son fils, M. Emile Sauvez, auquel nous envoyons l'expression de toute notre sympathie.

NOUVELLES

École dentaire de Paris.

Par décision du Conseil d'administration du 11 avril 1911, M. G. Roussel a été nommé professeur titulaire.

MM. Bruschera et Lanos ont été nommés chefs de clinique de chirurgie dentaire après concours.

M. Girardin a été nommé démonstrateur.

Distinctions honorifiques.

Nous relevons dans *l'Officiel* du 10 avril 1911 les distinctions honorifiques suivantes :

1° Membres du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F.

Officiers de l'Instruction publique.

M. Conte, Paris.

Officiers d'Académie.

MM. Brodhurst, Montluçon.
Flémin, Paris.
M. Radiguet, Paris.

2° Autres membres de la profession.

Officiers de l'Instruction publique.

MM. Clarke, Paris.
Lee, Charleville.
MM. Marsat, Béthune.
Maurion de Laroche, Versailles.

Officiers d'Académie.

MM. Amblard, Paris.
Ernst, Lunéville.
Gadeau, Paris.
Hélouin, Paris.
Lemaire, Paris.
MM. Manceau, Neuilly-sur-Seine.
Martineau, Angoulême.
Wilcken, Paris.
Schittikoff, Paris.

Nous adressons nos félicitations à nos confrères.

Souscription Loriot.

2e liste.

M. Bailly, Luçon.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Marcel Sénécal, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Suzanne Chaumeil, célébré le 27 avril au Raincy (Seine-et-Oise).

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

Clinique dentaire.

La société de secours mutuels de Stuttgart a décidé la création d'une clinique dentaire pour ses membres.

Société dentaire américaine d'Europe.

La Société dentaire américaine d'Europe se réunira en congrès en juillet prochain à Dresde, à l'occasion de l'Exposition d'hygiène organisée dans cette ville.

La Maison du Dentiste.

Nous avons la « *Maison du Médecin* », nous aurons la « *Maison du Dentiste* ». C'est ce que nous apprend l'*Art dentaire*, en précisant que l'œuvre est fondée depuis novembre dernier, et a pour but de créer, diriger et administrer une ou plusieurs maisons de retraite, de repos ou de santé, pour les chirurgiens-dentistes et les dentistes patentés, exerçant légalement en France et dans les Colonies.

(*Paris médical.*)

Fête des étudiants de l'École dentaire de Paris.

Les étudiants de l'Ecole dentaire de Paris ont donné leur fête annuelle le 25 mars dernier dans la grande salle du *Petit Journal*.

La soirée a débuté par un concert artistique, qui formait la première partie. Puis venait la revue traditionnelle intitulée « E. D. P. chez vous ». Comme d'habitude, les auteurs et les acteurs ont fait preuve de beaucoup de verve dans les diverses charges sur l'école, le corps enseignant et la profession. Leurs railleries ne furent d'ailleurs pas bien méchantes et ne soulevèrent que des rires répétés et d'enthousiastes applaudissements.

Un bal, qui a duré jusqu'à l'aube, interrompu le temps nécessaire pour souper, a brillamment clôturé cette fête, réussie en tous points et dont il y a lieu de féliciter les organisateurs.

Fête de l'Ecole dentaire de Lyon.

Le 30 mars l'Ecole dentaire de Lyon donnait sa fête annuelle salle Rameau. Une foule nombreuse d'amis et d'invités avait répondu à l'invitation des organisateurs.

Un programme des mieux composés, fut vivement applaudi.

Mais le « clou » de la soirée fut la revue « Sans Douleur » qui recueillit de très vifs applaudissements.

Exposition artistique rétrospective de Rome.

On sait qu'une exposition artistique rétrospective a lieu en ce moment à Rome au château Saint-Ange.

On y remarque des dentiers depuis le temps des Etrusques et des Romains jusqu'au XVIIe siècle.

Dédié aux stomatologistes.

On lit dans l'Hygiène :

« Le docteur V., de la Faculté de médecine de Paris, spécialiste pour les maladies de la bouche et des dents, n'emploie jamais le « *Tour* », cet instrument de torture si redouté par les patients et particulièrement par les gens nerveux.

» Le docteur V. reçoit de 2 h. à 6 h. »

Nomination.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. Guébel fils, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être nommé dentiste de l'hôpital de Creil (Oise).

Nous lui adressons nos félicitations.

Comptes rendus du Ve Congrès dentaire international (Berlin).

Pour répondre aux nombreuses demandes qui lui sont parvenues, M. Schaeffer-Stuckert, secrétaire général, nous informe que le premier volume, consacré aux *Discussions*, est déjà imprimé ; mais, en raison du prix élevé qu'exigerait l'envoi de chaque volume séparément il lui faut, à son vif regret, procéder à un envoi collectif des deux volumes. Le retard apporté dans la publication des communications est imputable à la livraison tardive, non encore terminée, des travaux et des rapports des sections. L'exécution des illustrations, dont certaines sont de premier ordre, n'a pas été sans causer une perte de temps sensible. Bien que ce travail arrive un peu plus tard qu'on ne l'avait prévu, notre confrère espère qu'il sera accueilli partout avec plaisir, et que tous les membres du Congrès l'auront en leur possession avant la réunion de la Société Centrale des chirurgiens-dentistes allemands, ou tout au moins avant l'assemblée annuelle de la F. D. I. à Londres.

Exposition internationale du Nord de la France.

Rappelons que la ville de Roubaix organise pour le mois de mai 1911 une exposition universelle et internationale du Nord de la France sous le patronage du Gouvernement français.

Cette exposition comprendra, dans le groupe des industries diverses, un salon parisien avec une classe d'hygiène générale dans laquelle sera organisée une section d'odontologie dont la présidence a été offerte à M. Godon.

L'exposition dans cette section aurait un caractère de collectivité, comme celle de Bruxelles l'an dernier, dans la classe 16.

Pour participer à cette exposition, dans les mêmes conditions qu'à Bruxelles, prière de s'adresser à M. Girard, 20, rue Saint-Lazare, Paris, chargé de l'organisation matérielle de la section.

Comité national français d'hygiène dentaire.

La Commission d'initiative du Comité national français d'hygiène dentaire nous informe que l'assemblée constitutive de ce Comité se tiendra le 5 mai prochain, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes, avec l'ordre du jour suivant :

1° Exposé des travaux ;

2° Discussion du projet de statuts en adoption ;

3° Nomination du Conseil d'administration.

A l'issue de la séance le Conseil d'administration constituera son Bureau.

31e ANNÉE. N° 9 15 MAI 1911 VOL. XLV

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

CORRECTION D'UNE ANOMALIE DE DIRECTION DENTAIRE PAR ROTATION SUR L'AXE PRESQUE COMPLÈTE

Par H. VILLAIN, D. E. D. P., D. D. S.
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 4 avril 1911.)

Les moulages que je vais avoir l'honneur de vous présenter sont ceux d'un élève du lycée Janson de Sailly, âgé aujourd'hui de 15 ans 1/2 et dont voici les antécédents :

M. D..., à l'âge de 3 ans 1/2, alors qu'il possédait toutes ses dents temporaires, est tombé, en jouant, sur la barre de fer de son lit. L'incisive centrale supérieure droite reçut le choc, elle fut fortement luxée, presque arrachée par le traumatisme ; la mère se rappelle l'avoir tout de suite remise en place par une pression de doigts, puis tout rentra dans l'ordre, la dent s'étant complètement consolidée.

Les dents temporaires tombaient normalement et furent remplacées de même, à l'exception toutefois de cette incisive centrale supérieure droite, qui persista jusqu'à l'âge de 11 ans 1/2.

A cette époque l'enfant ayant contracté une fièvre typhoïde, la dent temporaire tomba par résorption et la gencive se referma sans laisser aucune trace de dent permanente.

Ce jeune garçon resta avec un vide à ce niveau pendant

plus d'un an ; les parents très inquiets se demandaient toujours si cette dent allait bientôt être remplacée, et, durant ce temps d'attente, l'incisive latérale droite et la canine droite accentuaient leur inclinaison vers la ligne médiane.

Enfin vers 12 ans 1/2 on vit apparaître une dent : joie des parents, qui malheureusement fut de courte durée lorsque cette dernière eut complètement évolué, car ce n'était pas hélas! la dent attendue. Elle était épaisse, en rotation sur l'axe et présentait une sorte d'invagination profonde ; elle ressemblait beaucoup plus par la couronne à une molaire surnuméraire qu'à une incisive centrale, mais enfin le vide était en partie comblé et c'était déjà là une chance.

Vers 14 ans 1/2 le jeune patient fut amené à M. Sauvez.

En faisant l'examen de cette incisive centrale supérieure droite tout à fait anormale, ainsi que de la région environnante qui faisait saillie à la face palatine, on sentit avec la sonde un corps dur, ressemblant cette fois à une incisive, placée à la face distale et linguale de cette dent.

On attendit quelque temps encore et enfin on aperçut très bien la pointe de l'incisive permanente tel que vous pourrez le voir sur le *modèle n° 1* ; l'examen à la sonde révéla nettement une dent normale en rotation sur l'axe.

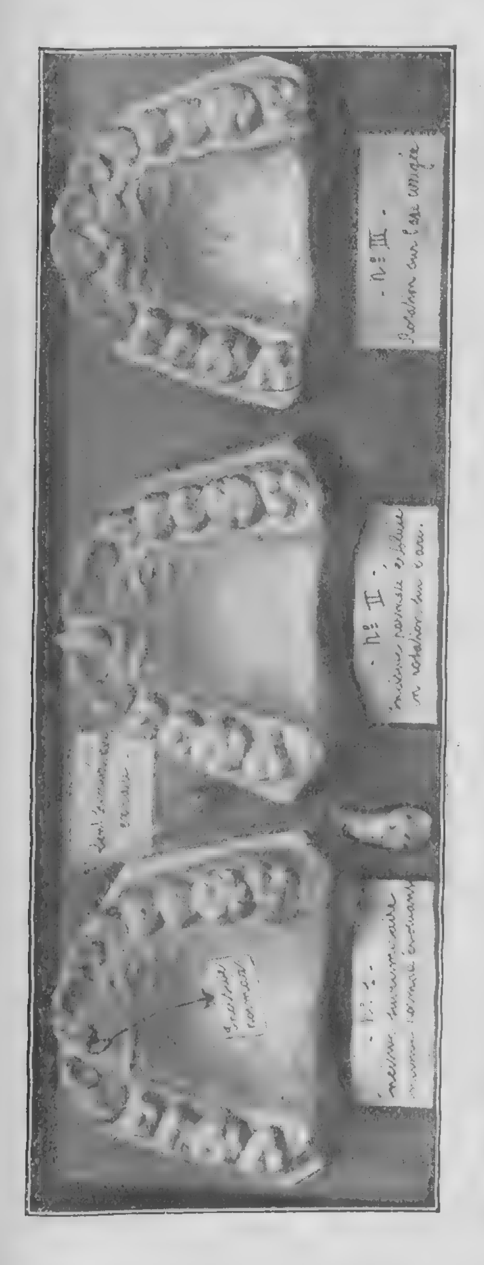
L'incisive anormale n'était autre qu'une dent surnuméraire ayant gêné l'évolution de la permanente, qui fut peut-être retardée par suite du traumatisme durant l'enfance.

Tout de suite on décida l'extraction ; cette dent surnuméraire est attachée sur ma planchette entre le *modèle n° 1* et le *modèle n° 2*, vous pourrez vous-mêmes en constater la forme.

La dent permanente évoluait assez rapidement ; toutefois ayant conservé son anomalie de direction, elle vint à mi-chemin buter sur l'incisive inférieure et fut encore arrêtée dans son évolution.

M. Sauvez décida de faire poser un appareil en vulcanite réhaussant l'articulation ; six mois après la dent avait

complètement évolué comme le montre le *modèle n° 2*; il n'y avait plus qu'à lui faire exécuter sa rotation sur l'axe





presque complète pour que l'arcade supérieure de cette bouche fût normale, l'arcade inférieure ayant été dérangée par suite de l'extraction de la molaire de six ans inférieure

gauche, les incisives canines et prémolaires gauches sont en linguo-version.

C'est alors que ce jeune garçon de 15 ans 1/2, très pris par ses études, n'ayant que peu de temps à disposer, me fut confié par M. Sauvez, pour exécuter le mouvement de rotation de son incisive, dans le plus bref délai possible.

J'appliquai comme toujours des bagues sur les dents de six ans supérieures et j'ajustai un arc les réunissant ; pour répondre aux efforts qui furent faits par les caoutchoucs qui partaient de la dent pour déplacer à l'arc, je plaçai l'écrou droit de l'arc en avant de la bague scellée à la dent de six ans droite et celui de gauche en arrière de la bague scellée à la dent de six ans gauche.

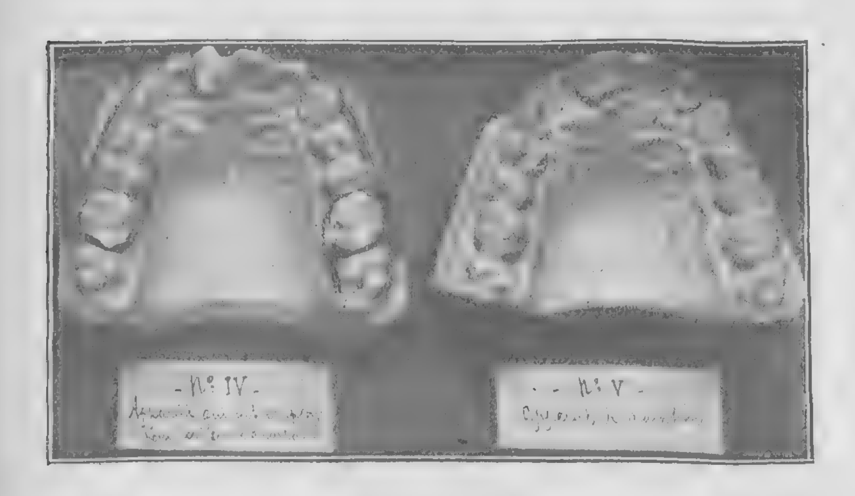
Sur l'incisive en question j'ajustai une bague munie de deux petits crochets, le premier près de l'angle mésio-vestibulaire, le second près de l'angle disto-lingual, le premier relié par un élastique à un petit crochet placé sur l'arc au niveau de la canine supérieure gauche, le second relié à l'arc par un fil métallique que je changeai deux fois par semaine.

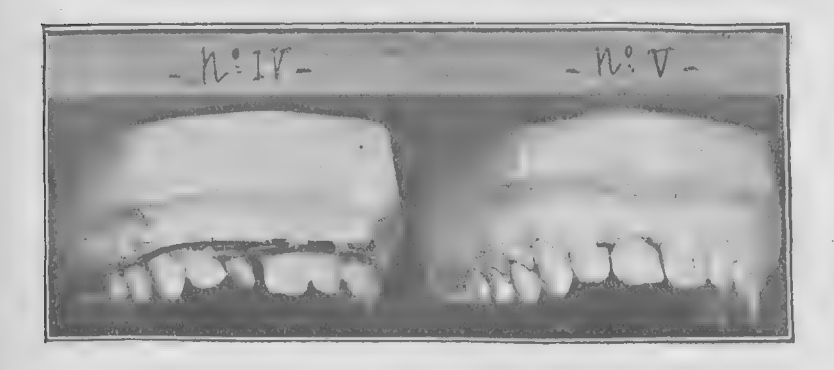
Les quinze premiers jours je n'ai pour ainsi dire pas constaté de progrès, puis rapidement la rotation s'est opérée en moins de quinze jours ; un mois au total et ma dent était presque en place, il me suffit de quelques jours pour régulariser les dents voisines et obtenir l'espace nécessaire à l'emplacement de ma dent complètement tournée.

J'avais vu mon patient, en dehors de la séance de pose de l'appareil, une huitaine de fois cinq minutes. Vous pourrez voir sur le *modèle n° 3* le résultat obtenu et sur le *modèle n° 4* l'appareil lui-même tel qu'il fut placé en bouche.

Comme appareil de maintien j'appliquai au collet de mon incisive supérieure droite une nouvelle bague très étroite, à laquelle je soudai sur la face vestibulaire près de l'angle distal un petit taquet portant sur la face vestibulaire de l'incisive latérale supérieure droite, tandis qu'à la face linguale près de l'angle mésial je soudai un autre petit taquet portant sur la face linguale de l'incisive centrale supérieure gauche. Cet appareil de maintien aussi réduit que

possible, fixé au ciment, ne gêne nullement et ne permet plus le moindre retour à l'anomalie, j'ai placé le semblable sur le *modèle n° 5*.





Durant ce mouvement de torsion, le filet radiculaire de la pulpe ne fut pas sectionné à l'apex, comme on pourrait le craindre ; cette dernière est encore très sensible au contact de la sonde métallique au niveau de son collet ; de plus, le chaud et le froid indiquent une sensibilité très caractéristique de dent vivante.

Ce jeune homme avait déjà été examiné au sujet de cette anomalie et suivi pendant plusieurs années de 10 ans 1/2 à 13 ans 1/2 par un confrère.

Ce dernier assista à la rétention de l'incisive de lait ; à la chute de cette dernière, il constata le vide durant 15 mois

et enfin vit l'apparition de la dent surnuméraire. Il fit radiographier le patient et constata l'anomalie de forme de la couronne et de la racine de cette dent, il vit nettement dans l'intérieur du maxillaire une dent incluse, qui paraissait beaucoup plus normale que celle existante.

Ce praticien hésita à faire l'extraction de la dent surnuméraire pour faciliter l'éruption de la dent incluse, ne sachant si cette dernière ferait son apparition dès qu'elle ne serait plus gênée.

La voie suivie par cette anomalie prouve maintenant qu'il eût été désirable de faire l'extraction de cette dent anormale, du moment que la radiographie avait donné la certitude qu'il existait une dent incluse de meilleure forme, et cela même s'il eût fallut, à l'aide d'appareils appropriés, faciliter l'extrusion de cette dent.

Peut-être cette incisive n'ayant pas eu la racine de la dent surnuméraire à contourner n'aurait-elle pas fait son évolution en présentant une anomalie de direction par rotation sur l'axe aussi accentuée.

C'est une leçon pour tous, profitons-en, sans pour cela blâmer notre confrère, qui en l'occurrence a agi avec beaucoup de circonspection.

TÊTE ET FORMATIONS BUCCO-NASALES D'UN EMBRYON HUMAIN DE 14,7 m/m VERTEX-SACRUM, ET 13,8 m/m APEX-SACRUM

Étude et reconstructions plastiques.

Par J.-L. PAULET, D. E. D. P.,

Licencié en Chirurgie dentaire de Genève,
Chirurgien-dentiste diplômé de la Confédération suisse.

Travail du laboratoire d'Histologie, d'Embryologie et de Stomatologie de l'Université de Genève. (Prof. A. Eternod.)

(Suite et fin.)

3. Ébauches dentaires.

Il est difficile d'apporter des faits nouveaux importants sur les premières ébauches des formations dentaires depuis les travaux de C. Röse (14 et 15) qui, par ses nombreuses études et reconstructions, a certainement le plus contribué à élucider toute cette question.

C'est lui le premier qui a constaté la première phase du placoïde dentaire, c'est-à-dire l'épaississement primitif de l'épithélium précédant l'invagination épithéliale.

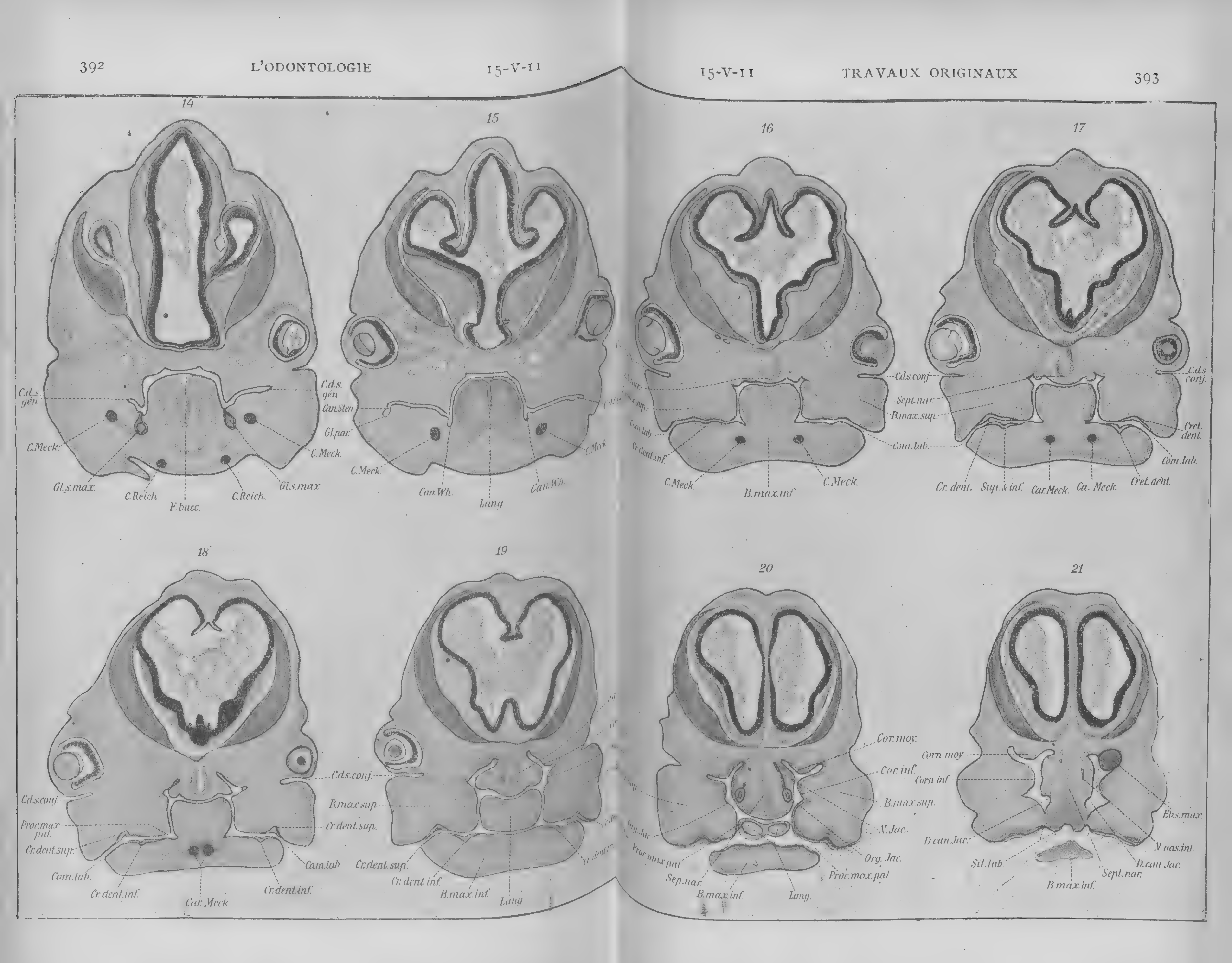
Nous passerons rapidement en revue quelques descriptions de divers auteurs, sur les premiers stades du développement de l'appareil dentaire chez l'homme.

Legros et Magitot (10) décrivent l'apparition vers le 40-45me jour de la vie intra-utérine d'un bourrelet épithélial qui s'enfonce dans la liste mésenchymateuse des bourgeons maxillaires.

W. His [1] dans l'embryon Zw (longueur 18,5 m/m) signale la présence sur les deux maxillaires d'un sillon, dont le revêtement épithélial est épaissi, et dont le fond commence à se soulever en forme de papille.

C. Röse (14) trouve la première disposition de la matrice dentaire (soit du mur dentaire) chez un embryon de

1. W. HIS, *loc. cit.* (6) p. 96.


14
15
16
17
C.d.s. gen.
C.d.s. gen.
Can.Sten
Gl.par.
C.Meck.
C.Meck.
Gl.s.max.
C.Reich.
F.bucc.
C.Reich.
Gl.s.max.
C.Meck.
Can.Wh.
Lang
Can.Wh.
C.Meck
C.d.s.conj.
Sept.nar.
B.max.sup.
Com.lab.
Cr.dent.inf.
C.Meck.
B.max.inf.
C.Meck.
C.d.s conj.
Cret. dent.
Com.lab.
Cr. dent.
Sup. & inf.
Car.Meck.
Ca. Meck.
Cret. dent.
18
19
20
21
C.d.s.conj.
C.d.s.conj.
Proc.max pal.
Cr.dent.sup.
Com.lab.
Cr.dent.inf.
Car. Meck.
Cr.dent.inf.
Can.lab.
B.max.sup.
Cr.dent.sup.
Cr.dent.sup.
Cr. dent.inf.
B.max.inf.
Lang.
Cor.moy.
Cor.inf.
B.max.sup.
N.Jac.
Org. Jac.
Org.Jac.
Proc.max.pal.
Proc.max.pal
Sep.nar.
B.max.inf.
Lang.
Corn.moy.
Corn.inf.
Eb.s.max.
N.nas.int.
D.can.Jac.
D.can.Jac.
Sil.lab.
B.max.inf.
Sept.nar.

15 m/m de longueur nucho-coccygienne et âgé de 40 jours. A ce stade, les ébauches des maxillaires et des lèvres forment encore une masse mésodermienne d'un seul tenant, recouverte par un épithélium lisse et stratifié. L'ébauche du mur dentaire est par contre nettement affirmée. Immédiatement en arrière de l'orifice buccal, on observe sur les deux maxillaires un épaississement épithélial, à cellules cubiques non différenciées, dessinant une légère surélévation arrondie. Cette excroissance est la première ébauche dentaire (matrice dentaire serait plus juste). A ce stade déjà, sur le maxillaire supérieur, le mur dentaire dessine un arc plus grand que sur le maxillaire inférieur. Le cartilage de Meckel n'est pas encore complètement différencié.

Dans ce même mémoire, C. Röse cite une description de F. Keibel d'une ébauche du mur dentaire chez un embryon humain de 12 m/m ; il met en doute cette assertion en s'appuyant sur le fait qu'à ce stade les bourgeons maxillaires supérieurs ne doivent pas encore être soudés avec les processus globularis en un tout continu. Cette restriction nous paraît un peu exagérée ; rien n'empêche l'apparition du mur dentaire avant la soudure des bourgeons, d'autant plus que, comme nous le décrirons plus loin, notre embryon ne présente d'ébauches dentaires que sur les bourgeons maxillaires supérieurs, et point sur les processus globularis.

C. Röse s'appuie ensuite sur les reconstructions et les coupes sériées d'un embryon humain de 11 m/m de long, étudié par Hochstetter, pour émettre l'opinion que le placoïde dentaire humain ne serait qu'un reste des séries de papilles dentaires primitives des vertébrés inférieurs. Chez cet embryon, on observe, sur les deux bourgeons maxillaires supérieurs, deux saillies épithéliales en forme de papilles plus ou moins aplaties, qui s'élèvent librement à la surface de la muqueuse ; à un stade un peu plus avancé (embryon de 15 m/m) le mur dentaire s'est développé et a pénétré dans le mésoderme au point même où s'élevaient au stade précédent les deux papilles dentaires primitives. C. Röse en conclut qu'il n'y a pas de doute que, chez l'embryon humain de 11

à 12 m/m et âgé de 34 jours, on retrouve, sous forme de deux papilles épithéliales libres, les restes des petites dents primitives ancestrales.

L'embryon de 17 m/m de W. His, cité par C. Röse, est plus avancé dans son développement ; le cartilage de Meckel est nettement dessiné. Le revêtement épithélial des maxillaires s'est épaissi. Au point où va apparaître le sillon du vestibule buccal, il s'est différencié en une couche profonde de cellules cylindroïdes et en une couche superficielle de cellules aplaties. La matrice dentaire a pénétré dans le mésoderme en un cordon qui s'est déjà dédoublé en deux listes secondaires ; la plus ventrale, plus aplatie, pénétrant presque perpendiculairement, est en relation avec la formation du sillon labial (mur plongeant) ; l'autre partie, dorsale, plus grande, pénétrant obliquement, forme le mur dentaire proprement dit. Cette différenciation secondaire permet de parler à ce stade déjà d'un bourrelet gingival et d'un bourrelet labial.

Dans un second travail, C. Röse (15) insiste à nouveau sur le fait que le mur plongeant se constitue par scission du cordon dentaire (chez l'homme environ 48 jours après la fécondation).

Branca (1) décrit enfin les premiers stades de l'apparition des formations dentaires, de la façon suivante :

« Un processus de prolifération épithéliale marque le début de l'évolution dentaire. Cette prolifération se fait en deux sens ; elle aboutit à la formation : 1° d'un bourgeon profond (mur dentaire ou mur plongeant) qui est destiné à persister tout au moins dans certaines de ses parties ; 2° d'un bourgeon superficiel (bourrelet gingival ou mur saillant) qui est une formation transitoire qui ne joue aucun rôle dans l'évolution du germe dentaire. Mur saillant ou mur plongeant sont d'apparition contemporaine. Ils proviennent l'un et l'autre de la division des cellules de l'épithélium buccal. L'épithélium épaissi, qui forme l'ébauche de la formation dentaire, se compose de deux assises cellulaires, la profonde formée de cellules cylindriques avec noyaux

situés vers le pôle superficiel, et une assise superficielle mince, comprenant des cellules aplaties.

Nous appuyant sur ce que nous venons de citer, nous pouvons décrire trois stades à la formation des ébauches dentaires.

Premier stade, caractérisé par un simple épaississement de l'épithélium (placoïde dentaire) ; il n'y a pas encore la moindre trace de pénétration dudit épithélium dans le tissu mésenchymateux.

Deuxième stade. L'épithélium forme un épaississement à section semi-lunaire, dont la partie convexe fait saillie dans le tissu sous-jacent.

Troisième stade. Le mur dentaire est nettement divisé en deux listes : mur plongeant et mur dentaire proprement dit.

Par ses formations dentaires, notre embryon prend place entre les stades II et III de Röse, que nous venons de résumer. Il possède déjà un sillon superficiel, mais peu profond, sillon labial.

Du côté céphalique, ce sillon n'intéresse que le maxillaire supérieur ; il fait encore complètement défaut sur les processus globularis ; du côté ventral sur le maxillaire inférieur, l'état défectueux de la couche épidermique au niveau de la ligne médiane ne nous a malheureusement pas permis de le suivre avec précision. A son extrémité distante ce sillon s'efface insensiblement sur les deux maxillaires ; à la dépression superficielle correspond une invagination épithéliale : la crête dentaire. Sillon et invagination sont plus accentués à la région moyenne et postérieure des maxillaires. La liste dentaire dessine un arc plus étendu au maxillaire supérieur qu'au maxillaire inférieur ; ceci est dû à l'inégalité de développement de ces deux bourgeons, inégalité que nous avons déjà signalée plusieurs fois.

Nous n'avons pas trouvé sur les coupes de crête dentaire nettement affirmée dans la partie médiane des maxillaires et la reconstruction ne montre encore que des ondulations légères dans cette région.

Sur la reconstruction on voit que la liste dentaire a un ensemble général uniforme, sauf dans sa partie distale où il y a quelques épaississements.

En étudiant la liste dentaire, dans les coupes transversales, nous constatons que sa face buccale est perpendiculaire à la muqueuse, tandis que la face labiale est plus ou moins oblique. On pourrait comparer ceci à un pli géologique, taillé à pic d'un côté et en pente douce de l'autre.

Il n'y a pas encore de tendance à une division de la masse épithéliale en un sillon labial et en un mur dentaire proprement dit, comme dans le troisième stade de Röse.

Au niveau de la ligne médiane et sur les parties distantes, l'épithélium n'est représenté que par deux assises cellulaires simples. Dans son segment moyen, par contre, la liste dentaire est plus épaisse et plus complexe. L'assise épithéliale profonde correspond à la couche malpighienne ; elle est formée de cellules cylindriques dont les noyaux sont cantonnés vers la base ; l'assise superficielle comprend deux ou trois couches de cellules plus ou moins cubiques. Au voisinage immédiat de l'invagination épithéliale, le tissu mésodermien est plus condensé et ses cellules ont fixé plus fortement le carmin.

La hauteur des crêtes dentaires, à leur point de développement maximal, c'est-à-dire dans leur segment moyen, est de 75 μ pour la supérieure et de 100 μ pour l'inférieure ; cette épaisseur est donc plus accentuée au maxillaire inférieur qu'au maxillaire supérieur.

V. — Fosses nasales et organes de Jacobson.

(Fig. 3, 10 et 11, Pl. I et II ; coupes 114 et 118, Pl. IV.)

a) *Cavités nasales.*

Dans leur ensemble, les cavités nasales ont l'aspect de fentes irrégulières et sont plus ou moins parallèles l'une à l'autre. Leur lumen est perméable partout, sans bouchon épithélial ; il est plus large dans sa moitié inférieure. En arrière des narines, les cavités nasales augmentent rapidement de hauteur, pour atteindre leur maximum au niveau

de l'ouverture des organes de Jacobson, puis elles s'abaissent dans le sens dorsal parallèlement à la cloison du nez.

Les cavités nasales s'ouvrent dans la cavité buccale primitive par une fente étroite d'une longueur de 250 μ environ, qui correspond aux choanes primitives. Les parois latérales sont lisses près des narines, mais à mesure que nous nous éloignons de l'entrée du nez, elles deviennent plus irrégulières ; cette irrégularité provient de la formation des cornets nasaux.

Hauteur maxima.	0,9 m/m
Longueur totale	1,25 »

b) *Narines.*

Les narines se présentent sur la face, comme deux dépressions irrégulièrement ovalaires, au fond desquelles s'ouvre une fente de direction oblique médio-latérale et céphalo-caudale. Cette fente est tapissée d'épithélium et son lumen s'ouvre librement dans les cavités nasales. Les deux narines regardent directement en avant, car le lobule nasal est encore largement aplati.

c) *Cloison ou septum narium.*

Le septum nasal est déjà formé aux dépens du bourgeon frontal : il est soudé en avant avec les processus nasaux externes, et il se continue du côté ventral avec les processus globularis ; il contribue ainsi à circonscrire les narines. Au niveau de la voûte palatine, s'ébauche déjà la soudure avec les processus palatins, mais il est encore libre sur sa plus grande longueur.

Sur toute son étendue, le septum nasal se présente comme un large bourgeon, de hauteur variable ; dans la partie ventrale sa hauteur est sensiblement équivalente à sa largeur, mais elle ne tarde pas à diminuer dans le sens dorsal, jusqu'à effacement complet de la cloison nasale.

Nous décrirons au septum nasal deux bords, céphalique et caudal, et deux faces latérales (10). Le bord céphalique se continue directement sur toute son étendue avec la base du

crâne dont il est émané (20). Le bord caudal est libre sur sa plus grande longueur ; il s'épaissit de plus en plus et affecte la forme d'un tore ; ce renflement correspond exactement à la place des organes de Jacobson ; les deux orifices de ces derniers siègent dans une dépression du septum ; dans son segment ventral, ce bord est plus mince et se fusionne avec les processus globularis (30). Les faces latérales du septum narium sont encore fortement convexes et obliques dans le sens caudo-céphalique et latéro-médian.

Dimensions du septum narium.

Largeur maxima au niveau des organes de Jacobson.	1,00 m/m
» de la portion inférieure, près du bord ventral, environ.	0,50 »
» de la portion supérieure, près du bord céphalique, environ.	0,75 »
Hauteur au niveau du palais primitif. .	1,00 à 1,25 »

Immédiatement en arrière des choanes primitives, la hauteur de la cloison n'est que de 1 m/m ; à partir de là et dans le sens dorsal elle décroît graduellement conformément au tableau ci-dessous :

Au niveau des choanes primitives, hauteur	1,00 m/m
200 μ plus en arrière.	0,75 »
400 » »	0,50 »
600 » »	0,14 »

d) *Cornets.*

Dans leur tiers antérieur, les faces latérales des fosses nasales présentent une surface à peu près plane ; tout près de la narine un petit bourgeon épithélial creux, situé à demi-hauteur de la cavité, indique le point où débouchera plus tard le canal naso-lacrymal. Dans l'autre tiers postérieur ces parois présentent, par contre, une grosse voussure s'effaçant graduellement à ses deux extrémités et représentant l'ébauche du cornet inférieur (maxillo-turbinale) ; cette

voussure est délimitée du côté ventral par un sillon bien marqué dessinant l'angle de réunion du plancher nasal (processus palatin) et de la paroi latérale. Du côté céphalique l'ébauche du cornet inférieur est délimitée par un sillon qui se continue par une crête épithéliale, qui pénètre profondément dans le mésoderme. Au-dessus de cette crête, par conséquent sur le toit de la fosse nasale, une deuxième voussure ébauche le cornet moyen (ethmo-turbinale I) ; cette voussure est bien circonscrite du côté ventral par le sillon déjà décrit, et du côté dorsal par une crête épithéliale non délaminée qui l'unit encore plus ou moins au septum nasal.

Le sillon, séparant les deux ébauches des cornets inférieurs et moyens, s'approfondit brusquement à peu près à demi-longueur de la cavité nasale, soit en face et un peu au-dessus de la débouchure des organes de Jacobson, en un gros bourgeon épithélial creux que nous considérons comme l'ébauche du sinus maxillaire supérieur ; ce bourgeon doit rester longtemps en cet état, semble-t-il, puisque le sinus ne se développe complètement que beaucoup plus tard.

En avant de ce bourgeon, la fosse nasale atteint sa hauteur maxima, et le cornet moyen vient se perdre sur la partie la plus dorsale de la paroi latérale. Le sillon qui sépare les deux cornets se propage en avant de l'orifice du sinus maxillaire par une gouttière très peu profonde qui se perd vers le bourgeon du canal nasal.

En résumé, les processus que nous montre notre embryon (14,7 $^{m}/_{m}$) concordent complètement avec la description que C. Peter (13) a donnée des premières ébauches des cornets nasaux chez l'homme (Embryon 15 $^{m}/_{m}$).

e) *Choanes primitives.*

Les choanes primitives se présentent comme deux fissures étroites et allongées ; elles sont limitées d'une part par le rebord du septum, et d'autre part par la face médiane des processus palatins des bourgeons maxillaires supérieurs. Elles font communiquer les cavités buccales et nasales pri-

mitives par une fente de moins de 0,1 m/m de largeur et d'une longueur de 0,6 m/m à 0,7 m/m.

La partie buccale des choanes s'infléchit progressivement en arrière.

Nous avons constaté que l'embryon Sch 2 de W. His [1] (longueur 13,8 m/m) diffère assez fortement du nôtre au sujet des dimensions des choanes. En effet ce dernier possède des choanes courtes et étroites, tandis que, chez notre embryon, elles sont beaucoup plus allongées, tout en restant étroites.

Distance entre l'orifice nasal externe et les choanes, environ.	600 μ
Longueur de la cloison en arrière des choanes. . .	700 »

f) *Organes de Jacobson.*

Nous serons très bref dans la description de ces organes, que nous avons déjà étudiée dans un travail précédent. Les organes de Jacobson se présentent chez notre embryon comme deux canaux d'une longueur totale de 350 μ terminés en cul-de-sac du côté dorsal et s'ouvrant du côté ventral dans la cavité nasale par un orifice en bec de flûte, situé à la hauteur du futur méat inférieur, tout près du point de soudure des bourgeons palatins avec le septum nasal. Leur direction générale est ventro-dorsale avec un léger infléchissement du côté céphalique. Ces canaux sont tapissés d'un épithélium cylindrique stratifié,auxquels il est impossible de distinguer des cils vibratils ; il n'y a pas encore de trace d'une capsule cartilagineuse des organes de Jacobson, mais une simple prolifération du tissu conjonctif embryonnaire, indépendante de la condensation de tissu que nous décrivons plus loin, comme ébauche du squelette de la cloison [2].

Rappelons que les organes de Jacobson sont innervés

1. W. His, *loc. cit.* (6).

2. Prenant et Bouin (dans leur *Traité d'Histologie*, Paris 1911, Tome II, page 526) ont mal interprété une phrase peut-être un peu ambiguë de notre premier travail et nous font nier l'existence du cartilage de Jacobson. En réalité, nous ne faisons que constater son absence au stade qui nous occupe. (Embryon humain de 14,7 m/m.)

chez notre embryon par quelques fibres émanant directement du cerveau antérieur.

g) *Squelette nasal.*

Le squelette nasal s'affirme déjà sur les coupes par une condensation du tissu conjonctif embryonnaire dans le septum nasal et dans la paroi latérale des fosses en une capsule nasale ; cette condensation de tissus présente des cellules plus fortement colorées, mais il n'est pas encore possible d'y déceler une différenciation cartilagineuse bien caractérisée.

VI. — Cartilage de Meckel.

L'arc cartilagineux de Meckel se présente chez notre embryon comme une double ébauche latérale disjointe sur la ligne médiane.

A ce niveau, le cartilage est remplacé par une masse peu précise, constituée par un tissu plus compact que le tissu mésenchymateux qui l'entoure ; il n'y a pas là encore à proprement parler de tissu enchondral, mais nous avons déjà un tissu pré-cartilagineux plus dense, qui se colore plus fortement que les tissus environnants. La masse pré-enchondrale est d'une seule coulée, et, au niveau de la ligne médiane, elle passe sans interruption d'un côté à l'autre. Cette formation est plus rapprochée de l'épithélium buccal que de l'épithélium cutané ; la transition entre ce tissu pré-cartilagineux et le tissu mésenchymateux environnant se fait insensiblement : ceci empêche naturellement de délimiter l'organe de façon rigoureuse.

Cette fusée pré-cartilagineuse indivise unit, sur la ligne médiane, les extrémités des deux ébauches du cartilage proprement dit, et le transforme en un arc mandibulaire continu.

A mesure que l'on se dirige dans le sens distant, la différenciation cellulaire s'accentue, la délimitation du tissu s'affirme de plus en plus, et le cartilage de Meckel se détache toujours plus nettement des tissus voisins. Dans sa partie

ventrale, sa section est arrondie, et au fur et à mesure que l'on s'approche de sa portion dorso-labiale, elle devient ovalaire et son diamètre diminue peu à peu.

Au niveau de la région médiane et labiale ce cartilage est situé très près de la surface cutanée. Plus en arrière, il se trouve à égale distance du pharynx et du tégument externe ; la trompe d'Eustache, d'abord très éloignée du cartilage de Meckel, se dirige vers l'oreille, en se rapprochant de ce dernier, et devient son satellite.

En ce qui concerne l'oreille moyenne, nous avons trouvé que les prolongements du cartilage de Meckel se terminent par un groupement cellulaire fortement coloré, qui ne peut être que l'ébauche du marteau. Ceci concorderait avec l'opinion qu'exprima J. Chaîne (2) dans un travail paru en 1903.

Une étude plus précise du bourgeon maxillaire inférieur nous permet d'affirmer qu'au stade de $14,7\,^{m}/^{m}$ vertex-sacrum et $13,8\,^{m}/^{m}$ apex-sacrum, chez notre embryon du moins, il n'y a encore aucune trace de tissu osseux pas plus dans les bourgeons maxillaires supérieurs que dans le bourgeon maxillaire inférieur. Tout au plus y a-t-il une condensation du tissu squelettogène embryonnaire, autour du premier arc vasculaire. Le cartilage de Meckel est donc, à ce moment, la seule pièce squelettique de la région mandibulaire.

Dans un travail paru en 1906, Dieulafé et Herpin (3) disent, d'une part : « qu'ils n'ont pas trouvé de trace de cartilage de Meckel chez des embryons humains de 8, 12 et $14\,^{m}/^{m}$; et d'autre part, que la formation du maxillaire osseux est à peu près contemporaine de la formation du cartilage de Meckel, car nous la trouvons sur les plus jeunes embryons où nous avons observé l'existence du cartilage. »

Il nous est difficile de partager entièrement l'avis de ces deux savants. Nous avons décrit, en effet, que, chez notre embryon humain de $14\,^{m}/^{m}$, le cartilage de Meckel est déjà nettement ébauché ; qu'il présente dans ses parties latérales du tissu enchondral bien caractérisé, et dans sa partie médiane du tissu pré-cartilagineux ; tandis qu'il nous a

été impossible de trouver la moindre trace d'une ébauche osseuse de la mandibule. Ces deux formations ne sont donc pas contemporaines ; l'arc cartilagineux précède l'arc osseux.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

1. BRANCA : Sur le premier développement des dents et de l'épithélium buccal. C. R. du 13e Congrès international de Médecine. Section d'Histologie et Embryologie. Paris 1900, p. 62-69.

2. CHAINE, J. : Contribution à l'étude du Cartilage de Meckel. C. R. de la Soc. de Biologie. Paris 1903, p. 207.

3. DIEULAFÉ et HERPIN : Développement de l'os maxillaire inférieur. Journal d'Anatomie et Physiologie. Paris 1906, nº 3, p. 239-252.

4. HAMMAR : Notiz über die Entwicklung der Zunge und der Mundspeicheldrüsen beim Menschen. Anat. Anz., vol. 19. Jena 1901, p. 570-573.

5. HIS, W. : Anatomie der menschlichen Embryonen. Heft III, Zur Geschichte der Organe. Atlas. Leipzig 1885.

6. DERSELBE : Beobachtungen zur Geschichte der Nasen- und Gaumenbildung beim menschlichen Embryo. Leipzig 1901.

7. KEIBEL, F. : Normentafeln zur Entwicklungsgeschichte der Wirbeltiere. VIII. Mensch. Jena 1908.

8. KÖLLIKER, A. : Embryologie de l'Homme et des Animaux supérieurs (Traduction française). Paris 1882, p. 860.

9. LEGROS et MAGITOT : Origine et formation des dents. Traité de l'art dentaire de Harris, Austen et Andrieux. Paris 1884, p. 87.

10. PAULET, J. L. : Contribution à l'étude de l'Organe de Jacobson, chez l'Embryon humain. Bibliographie Anatomique. Paris 1908, vol. XXVII, p. 53-55.

11. — — Reconstruction des fosses nasales de la bouche et de ses dépendances, du Cartilage de Meckel, chez un embryon humain de 13,8 mm. C. R. de l'Association des Anatomistes. Nancy 1909, p. 292.

12. PETER, C. : Die Entwicklung des Geruchsorgans und Jacobsonschen Organs in der Reihe der Wirbeltiere. Bildung der äusseren Nase und des Gaumens. Handb. d. vergleich. und experim. Entwicklungsgesch. der Wirbeltiere von O. Hertwig. 2e vol., 2e partie, p. 64, 1901.

13. RÖSE, C. : Uber die Entwicklung der Zähne des Menschen. Arch. f. mikr. Anat., Bd. 38, p. 447, 1891.

14. DERSELBE : Uber die erste Anlage der Zahnleiste beim Menschen. Anat. Anz., vol. VIII, p. 29, 1893.

REVUE ANALYTIQUE

Etude anatomo-pathologique de l'apex radiculaire après le traitement des canaux. — Emploi des ciments au silicate. — Hémostase après l'extraction. — Traitement de l'insomnie. — La carie chez les animaux. — Avantages et inconvénients de l'amalgame de cuivre. — Guérison rapide d'une leucoplasie.

Étude anatomo-pathologique de l'apex radiculaire après le traitement des canaux.

D'un travail sur la question que M. Erich Baumgartner, de Graz, a publié dans *l'Oesterseichische Zeitschrift für Stomatologie* nous dégageons les conclusions suivantes :

Il résulte des cas cités qu'en général on ne parvient pas à enlever la pulpe en totalité, lorsque beaucoup croient le contraire. L'examen de toutes les sections démontre que l'ablation de la pulpe est une des phases les plus importantes du traitement de la racine. L'erreur commise le plus fréquemment à cet égard est l'insuffisance de la désinfection des instruments et du champ opératoire ; il en résulte par conséquent une inflammation de cette partie de l'apex à peine accessible à une intervention thérapeutique.

Si durant cette petite opération on observe les règles de l'antisepsie et si l'on a la précaution d'introduire un désinfectant et non de l'air après l'extraction de la pulpe, on réunit toutes les conditions favorables au succès.

Les premières ramifications pulpaires constituent assurément la voie suivie par les micro-organismes pathogènes pour émigrer dans le péricément. En outre, ces rameaux présentent souvent un calibre réduit au point qu'il paraît impossible de pratiquer le nettoyage mécanique.

Pour ces deux motifs, nous devons tenter de détruire les germes au moyen d'agents chimiques, dont l'action doit s'exercer pendant longtemps. Un cas observé était défavorable à l'ablation de la pulpe ; dans un autre, l'ablation mal exécutée a donné aussi des résultats désavantageux et ce cas montre l'inconvénient de l'emploi de l'iodoforme pour l'obturation des canaux. Dans tous les cas examinés il a été observé une lésion pathologique des canaux malades à un degré moindre vers l'apex.

La distance jusqu'à l'extrémité de la racine est trop petite pour pouvoir expliquer cet état de choses. La faculté de résistance (ou pouvoir de réaction) de la paroi à l'apex, en tant que cette paroi est en cément, est manifestement plus grande qu'au point où la dentine seule entre dans sa constitution.

Là l'ivoire périt avant de subir l'action destructive des bactéries et de leurs produits, ainsi que des leucocytes morts, dont le nombre ne peut être que restreint. Si nous comparons les lésions produites par la suppuration à la face externe des racines à celles de la paroi du ca-

nal radiculaire nous apprécierons exactement le pouvoir destructif sur les tissus des associations bactériennes avec un petit nombre de leucocytes.

Les résultats obtenus par le traitement antiseptique démontrent suffisamment que la destruction des tissus est avant tout l'œuvre du ferment leucocytaire. Cette fusion des tissus ne peut être attribuée aux agents de suppuration, qui dans les affections dentaires et leurs conséquences sont principalement représentées par les staphylocoques et les streptocoques.

Il s'agit ici certainement et presque exclusivement d'une infection mixte déterminée par les agents de la carie dentaire. On peut juger de l'action des produits bactériens et des ferments leucocytaires par les modifications de la substance dure de la dent autour du canal radiculaire et de l'abcès.

Il est essentiel en thérapeutique de prévenir l'invasion des agents pathogènes. On remplit cette condition soit par la résection de l'apex, qui aurait amené la guérison dans le troisième cas mentionné par l'auteur où il s'agissait d'une extrémité de racine à lésions variées avec disposition compliquée des canaux, soit en créant par le traitement des canaux un état de choses plus favorables.

La destruction des agents inflammatoires déjà installés dans le ligament alvéolo-dentaire ou dans d'autres régions doit être laissée aux forces protectrices de l'organisme. Celles-ci seraient constituées par les phagocytes considérés par Metschnikoff comme les destructeurs des micro-organismes, ou par Baumgarten seulement comme les hyènes du champ de bataille, lorsque le combat est déjà terminé au profit de l'organisme, ou bien seraient constituées par le pouvoir bactéricide du sang ou encore par l'opsonisme.

Les recherches faites montrent que les moignons de pulpe après l'extraction de la pulpe se comportent comme les pulpes amputées. On ne peut parler de cicatrisation ou de guérison proprement dite. La faculté de régénération du tissu pulpaire des moignons est certainement très faible et même presque nulle.

Il serait intéressant d'établir si dans les cas d'extraction de la pulpe non suivis de réaction après plusieurs années, il y a un processus de cicatrisation dans le péricément ou d'hyperplasie du cément obturant l'apex ; aussi les phénomènes ressemblent à ceux qui se présentent après la résection de l'apex. Dans tous ces cas on peut admettre qu'une légère hyperplasie du cément peut produire une atrésie du foramen apical, quand il n'y a pas de tendance à la destruction, comme c'est le cas après l'invasion des bactéries.

L'hémorragie consécutive à l'extraction de la pulpe par la mise en liberté des germes dans le territoire de l'apex reproduit en petit les phénomènes que nous cherchons à obtenir par la cautérisation des muqueuses.

Emploi des ciments au silicate.

Ne pas essayer d'introduire le ciment avant d'avoir nettoyé la cavité. Un tamponnement d'alcool ou de chloroforme suivi d'un séchage parfait est nécessaire.

La propreté absolue et la siccité des mains, instruments, plaque, cavité sont essentielles, car la porcelaine chimique est une matière très délicate.

Ne pas se servir de la même plaque pour malaxer le borax, l'oxyphosphate, l'oxychlorure, le cuivre, le ciment, les pâtes à canaux. Avoir une plaque séparée, de préférence en bois pétrifié, agate, verre, terre à brique vernissée, et s'en servir uniquement pour le ciment au silicate. Toujours employer une spatule d'agate. La décoloration des obturations au silicate peut être due à l'emploi d'une plaque sur laquelle d'autres ciments ont été malaxés avec une spatule d'acier; la combinaison d'acide phosphorique avec la spatule d'acier laisse sur la plaque une trace de phosphate de fer qui imprègne le silicate et cause éventuellement la décoloration.

Ne pas se servir d'une spatule d'acier ou d'instruments d'acier pour introduire les silicates, sinon l'insuccès est certain. L'agate, l'os, le celluloïd, le bois dur sont indiqués.

Laisser la vaseline de côté. Avec un peu de peine et d'habileté on peut introduire la matière convenablement sans lubrifier les instruments. En faisant le contour et en finissant, les bandes ou disques peuvent être huilés légèrement avec du beurre de cacao. La vaseline a décoloré plus de ciments que toutes les autres causes réunies.

Tasser l'obturation, après un malaxage soigné, contre les parois de la cavité et dans les points de rétention, car les silicates ont peu de propriétés adhésives. Il y a un moment psychologique pour l'insertion des matières, que l'opérateur doit connaître. Il ne faut pas les introduire tant qu'elles ont la consistance crémeuse, mais il faut les malaxer complètement et les manipuler rapidement. Le contour et les bords doivent être finis, si possible, au moment de l'insertion et avant que la matière ait pris. En agissant ainsi, la surface de l'obturation aura un poli aussi parfait qu'un morceau de porcelaine.

Ne pas laver la surface de l'obturation, après l'insertion avec de l'alcool avant de revêtir avec de la paraffine. L'alcool est un dissolvant de l'acide phosphorique et détériore la surface extérieure, en lui enlevant une partie de sa densité, ce qui détruit la translucidité.

Quand l'obturation a durci, ce qui exige 20 à 30 minutes pendant lesquelles la digue doit rester en place, verser un revêtement de paraffine blanche fondue sur l'obturation en ayant soin de ne pas le déranger en enlevant la digue. On a ainsi pendant plusieurs heures un revêtement imperméable à la salive qui permet à la réaction de se produire.

Ne pas se servir de disques d'émeri, de pierres ou de fraises à finir (Avec de l'habileté on évite les bords débordants), autrement cela rend l'obturation poreuse à la surface et invite à la pénétration des teintes et amène la décoloration. Si l'obturation doit être finie à une séance subséquente, se servir sur la pièce à main d'une coupe de caoutchouc remplie de vaseline et de la poudre de ciment au silicate dont l'obturation est composée. On rend ainsi à l'obturation sa couleur naturelle et sa transparence.

Ne pas essayer des contours larges quand la mastication doit s'exercer directement sur l'obturation.

Il ne faut pas attendre le succès immédiat, car cette matière comme toutes les autres exige de l'expérience. *(Dental Brief.)*

Hémostase après l'extraction.

Dans les cas très opiniâtres d'hémorragie après l'extraction, M. Herrenknecht, de Fribourg-en-Brisgau, fait fondre de la cire d'abeilles pure dans un récipient convenable, chauffe la cire à 70 ou 80°, y plonge une petite boulette de coton capable de remplir largement la blessure causée par l'extraction et l'introduit après avoir enlevé les caillots. Il place par-dessus un tampon de coton assez large pour exercer une pression sur la lésion et recommande au patient de tenir la bouche fortement fermée pendant une demi-heure au plus. La cire se durcit rapidement et bouche hermétiquement la lésion, en arrêtant d'ordinaire immédiatement l'hémorragie. Ce tampon a l'avantage de ne pas s'altérer et de s'enlever facilement. Si l'on ajoute un hémostatique, par exemple de la ferripyrine à 10 0/0, trois facteurs combinent leur action hémostatique : la pression, la chaleur et l'hémostatique. Au lieu de cire on peut employer la paraffine de la même manière et avec les mêmes résultats. On fait un mélange de paraffine solide et de paraffine liquide avec un point de fusion de 50 à 60°, mélange qui a sur la cire l'avantage de permettre de choisir à volonté le point de fusion. Un tampon avec une solution de gélatine à 4 0/0, comme on l'a recommandé récemment, n'est pas autant indiqué que la cire, car il est difficile à stériliser et se décompose rapidement dans la bouche. Si l'hémorragie a été très forte, ne jamais laisser le patient sans surveillance, car le tampon peut se dégager, pendant le sommeil par exemple, et il peut en résulter une hémorragie secondaire dangereuse. Chez les patients faibles ou peureux il est bon de tenir le tampon en place avec le doigt jusqu'à la cessation de l'hémorragie.

Après toute extraction suivie d'hémorragie grave le patient doit éviter tout effort physique considérable ou l'absorption de grandes quantités de liquide (vin, bière, café, thé), afin d'échapper à une hémorragie secondaire. L'ingestion de liquides est indiquée cependant si, en raison d'une trop grande perte de sang, il est nécessaire de stimuler le cœur. Dans ce cas, recourir à des stimulants, à des injections de solution salée physiologique, d'huile camphrée, etc. En employant tous ces moyens se rappeler constamment que l'hémorragie est souvent due uniquement à une diminution de la pression sanguine et à un changement de la composition du sang particulièrement favorable à la coagulation. La thérapeutique pendant et après l'hémorragie doit donc être rigoureusement appliquée à chaque cas particulier. *(Arch. f. Zahn.)*

Traitement de l'insomnie.

Dans un travail sur les insomnies M. Bardet indique le traitement spécial à appliquer dans les insomnies causées par les douleurs résultant des périostites, pulpites, d'un simple pansement ou suivant une intervention un peu laborieuse sur les dents.

M. Bardet reconnaît trois espèces d'insomnie :

1° D'origine digestive ;

2° D'origine névropathique;
3° D'origine douloureuse.

Après avoir expliqué pourquoi chacune est justiciable d'une médication spéciale, il s'étend sur les traitements susceptibles de donner les meilleurs résultats :

Dans les premières la prise d'un hypnotique est contre-indiquée, car le médicament n'aurait d'autre effet que d'irriter d'avantage l'estomac.

La véritable médication consiste à administrer immédiatement, suivant la méthode du prof. Albert Robin, une grosse dose de saturants, soit :

Craie préparée	5 grammes.
Magnésie	2 —
Sous-nitrate de bismuth	0 gr. 50.

pour un paquet à prendre en une fois, délayé dans un peu d'eau F. s. a. paquet n° 10.

Dans les secondes, au contraire, choisir les hypnotiques tels que le Sulfonal, le Trional, le Tétronal, ainsi que les dérivés éthylés de la malonyl-urée connus sous le nom de Véronal et de Médinal.

Les troisièmes nécessitent également un traitement spécial.

L'insomnie causée par la douleur est toujours extrêmement pénible. Les névralgies, les douleurs dentaires peuvent bien être calmées dans la journée par l'emploi des analgésiques, mais il persiste le plus souvent une sensation suffisamment douloureuse pour rendre le sommeil pénible. Dans ce cas, la thérapeutique doit forcément employer des agents hypnotiques d'un genre spécial, car les hypnotiques simples ne pourraient pas à eux seuls amener le sommeil, leur action se trouvant contrebalancée par la douleur provoquée sur le nerf irrité.

La pharmacopée a produit des médicaments qui combinent chimiquement et physiologiquement l'analgésie et l'hypnotique. Le premier en date est l'hypnal ou monochloralantipyrine, qui réunit les propriétés de l'antipyrine à celles du chloral et possède des propriétés locales moins irritantes que ce dernier. Dans les douleurs légères, il a montré une activité certainement intéressante, mais il reste surtout doué de propriétés hypnotiques dominantes, l'action du chloral primant de beaucoup celle de l'antipyrine.

Depuis, sous le nom de « Trigémine », on a introduit le butyl-chloral-pyramidon, qui est véritablement l'agent le plus précieux pour provoquer le sommeil en cas de névralgies très violentes. Son nom l'indique d'ailleurs, car il a été choisi en raison de l'action puissante du médicament contre la névralgie du trijumeau, laquelle est la plus difficile à vaincre. Chez tous les malades qui éprouvent de l'insomnie à la suite de douleurs névralgiques et particulièrement de névralgies dentaires ou faciales, la trigémine doit être considérée comme un médicament de choix. Ce médicament est peu connu en France, tandis qu'il est d'usage général dans les pays allemands ou anglais. Il mérite de prendre une place importante dans la pharmacopée française, car on ne trouvera certainement pas mieux aujourd'hui pour supprimer l'insomnie douloureuse.

La Trigémine est un produit hygroscopique, aussi, ne peut-elle se

conserver que sous forme de capsules imperméables. On en trouve dans le commerce dosées à 25 centigrammes. On peut également la prescrire sous forme de potion, par exemple :

Eau distillée	90 grammes.
Alcoolat de menthe	30 —
Trigémine	7 gr. 50
Sirop simple	30 grammes.

Chaque cuillerée à dessert contient 50 centigrammes de médicament.

La dose ordinaire de Trigémine est de 50 centigrammes, mais elle doit être portée à un gramme et plus quand il s'agit d'insomnie accompagnant des douleurs très intenses.

(*Bulletin général de thérapeutique*, 25 mars 1911.)

La carie chez les animaux.

Un vétérinaire bien connu, M. J. Chambon, a étudié la carie dentaire chez les chiens et constaté qu'elle est rare chez les animaux nourris d'os et de viande, fréquente au contraire chez les animaux nourris de pain et de légumes. Le carnassier qui vit sa vie normale a généralement les dents saines ; celui dont on fait un herbivore malgré lui, celui qu'on nourrit de matières pâteuses, féculentes, perd vite ses dents. C'est que les matières féculentes et sucrées fermentent et donnent des produits acides attaquant l'émail.

Un loup de ménagerie, qui eut une denture excellente tant qu'il fut nourri d'os et de croûtes dures, l'eut détestable dès qu'on le nourrit des restes de la table. (*Journal des Débats*, 9 mars 1911.)

Avantages et inconvénients de l'amalgame de cuivre.

Pour M. Harwood, l'amalgame de cuivre n'occupe pas, parmi les matières obturatrices, la place qui lui est due. La somme de ses avantages dépasse celle de ses contre-indications.

En premier lieu il possède d'indéniables propriétés antiseptiques prouvées par les expériences de Miller qui l'utilisait souvent au bord cervical des cavités, dont il continuait l'obturation avec une autre matière.

L'addition de cuivre dans un amalgame diminue sensiblement le retrait, et rend l'amalgame plus supportable au voisinage de la pulpe.

L'expérience prouve que dans les cavités profondes ayant leur siège au collet de la dent et pénétrant sous la gencive, l'amalgame de cuivre donne un résultat meilleur et plus permanent qu'aucun autre matériel à notre disposition pour la conservation des dents.

De nombreux auteurs affirment même que les pulpes mortes après l'obturation d'une dent avec de l'amalgame de cuivre ne se décomposent pas facilement à cause de leur saturation par les sels de cuivre qui sont antiseptiques.

Dans certaines dents où la carie évolue très rapidement, l'amalgame de cuivre met seul à l'abri des récidives. Il trouve un emploi tout indiqué dans la bouche des vieillards, quand les dents, restées bonnes toute la vie, sont usées par leur contact réciproque, quelquefois très bas ; tout à coup la dentine ramollie est envahie par la carie

qui creuse des cavités profondes faisant des ravages effrayants, on a nommé ce genre de carie, la « carie sénile ». C'est ici encore que l'amalgame de cuivre rend des services inappréciables, l'esthétique passant après le souci de la conservation de l'organe.

Enfin pour les dents de sagesse, l'amalgame de cuivre est tout indiqué pour ses qualités conservatrices.

Il a cependant certains inconvénients.

Quels sont les défauts de l'amalgame de cuivre ?... D'abord, sa couleur qui empêche son emploi dans bien des parties de la bouche. Il y a des limites qu'il ne faut pas dépasser, mais dans ces limites sont comprises les cavités les plus difficiles à obturer autrement. Même dans ces cavités qui sont de son domaine, la coloration qu'il détermine est loin d'être un inconvénient. Les sels de cuivre qui pénètrent les tubuli de la dentine conservent la dent, autant qu'il est possible, contre le retour de la carie.

Un second inconvénient réside dans le peu de résistance de la masse d'amalgame à la mastication et à l'action de la brosse. Au bout de quelque temps, il s'use et présente une surface concave quoique les bords de la cavité restent garnis ; les angles dans les reconstitutions manquent quelquefois de résistance. Ce sont là des inconvénients que l'avantage de la conservation de la dent domine nettement d'autant plus, qu'ils peuvent être réduits à leur minimum par une bonne manipulation de l'amalgame.

Pour remédier à ces inconvénients, on peut obturer le fond de la cavité avec l'amalgame de cuivre et finir avec un autre amalgame, mais à condition de ménager à celui-ci des points de rétention, car le premier durcissant très rapidement, la seconde masse finirait par se détacher.

La formule de Flagg pour l'amalgame de cuivre est la suivante :

35 parties d'étain.
60 — d'argent.
5 — de cuivre (fil coupé en morceaux).

Introduire dans le creuset dans l'ordre, après le borax.

On lave la cavité avec une solution de bicarbonate de soude pour en chasser la salive, on place le premier morceau à sec et l'on peut compléter l'obturation dans des conditions de sécheresse approximative seulement. (H. Harwood, *Province Dentaire*, 15 avril 1911.)

Guérison rapide d'une leucoplasie.

MM. Laignel-Lavastine et Portret présentent l'observation d'un sujet de 58 ans, porteur d'une leucoplasie occupant les commissures labiales et datant de cinq mois, augmentant continuellement, et empêchant toute alimentation solide. Le malade a eu un chancre, il y a six mois, à la lèvre inférieure.

Après la guérison de la stomatite par le chlorate de potasse, la leucoplasie, très abondante, fut traitée par le Salvarsan — *alias* 606.

Une injection, faite d'après le procédé de M. Queyrat, a amené la guérison en quatre jours, sans reliquat. Le malade a recommencé à se nourrir, et même à fumer sans douleur. (*Soc. méd. des Hôpit.*, 25 avril.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

FÊTE DU GROUPEMENT DE L'E. D. P. ET DE L'A. G. S. D. F.

La fête du Groupement qui a eu lieu, ainsi que nous l'avons annoncé, les 29 et 30 avril et 1er mai, a été particulièrement réussie.

Elle comprenait, comme on sait, une réunion des Conseils d'administration de l'Ecole et de l'Association le 29 avril à 9 heures du soir; le 30 avril l'inauguration des salles du stage et la présentation des travaux exécutés par les stagiaires pendant le 1er semestre 1910-1911, ainsi qu'une séance de démonstrations pratiques organisée par la Société d'Odontologie, suivie d'un déjeuner amical; enfin le 1er mai, à 9 heures du soir, une séance de communications orales à la Société d'Odontologie.

Nos lecteurs trouveront plus loin le résumé des réunions tenues le 29 avril; les deux séances de la Société d'Odontologie seront rapportées dans un prochain numéro; nous rendons compte ci-après de l'inauguration.

*
* *

On sait que pour pouvoir recevoir les stagiaires dès la première application du décret du 11 janvier 1909, c'est-à-dire à partir d'octobre 1910, l'École dentaire de Paris a surélevé d'un étage le corps de bâtiment faisant face à la rue de La Tour-d'Auvergne. C'est dans cette vaste construction qu'ont été établis les locaux destinés aux salles de cours, aux laboratoires de l'école du stage : salles de démonstrations et de travaux pratiques, de physique, chimie, mécanique et métallurgie, prothèse, salles de cours, laboratoires, etc. Tous ces locaux, parfaitement éclairés et aérés, sont pourvus de tout l'outillage nécessaire à ces démonstrations et à ces travaux. L'ensemble présente un coup d'œil des plus satisfaisants et l'on peut dire que l'installation ne laisse absolument rien à désirer. Inutile d'ajouter que ces travaux de construction et d'installation ont imposé à la Société de lourds sacrifices; mais il s'agissait de faire bien et de défier toute critique, du moins toute critique raisonnée et de bonne foi, car pour la critique

de parti pris ou d'adversaires, on ne peut l'éviter, attendu qu'elle ne désarme jamais.

C'est l'inauguration de ces locaux qui a eu lieu le dimanche matin 30 avril, à 10 heures, en présence de M. le Prof. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, de M. G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique et de M. Fringnet, inspecteur d'Académie.

Le Ministre de l'Instruction publique avait été invité ; mais il a fait connaître qu'il ne lui était pas possible, à son grand regret, de se rendre à l'invitation, à cause d'un engagement antérieur. M. P. Strauss, sénateur, un des présidents du Comité de patronage de l'institution, qui se trouvait en voyage dans le Midi de la France et qui devait se trouver le même jour à Rome, n'avait pas non plus pu se rendre à l'invitation. Il s'en est excusé par une lettre en disant, entre autres choses : « Rien ne m'eût été plus agréable que d'être au milieu de vous en cette circonstance et de vous féliciter une fois de plus de vos progrès constants et du rôle grandissant de l'École dentaire de Paris. »

Plusieurs confrères de Paris et de la province s'étaient également excusés par lettre, notamment MM. Brodhurst, Hugot, Lacroix, etc.

Une foule compacte remplissait les salles de l'École. Elle était composée des représentants de l'*École odontotechnique,* de la *Société odontologique de France,* de l'*American Dental Club of Paris,* des membres du corps enseignant des deux écoles, des Conseils d'administration de l'École et de l'Association, de membres des deux Sociétés et de nombreux confrères.

Le président-directeur de l'École a d'abord souhaité la bienvenue aux invités dans une allocution que nous reproduisons plus loin, puis la visite a commencé et provoqué de multiples questions de la part du doyen ; elle a été suivie de la présentation par le chef des travaux pratiques des travaux faits par ses élèves durant les six premiers mois. La visite terminée, une coupe de champagne a été offerte aux invités.

Le doyen de la Faculté s'est déclaré très satisfait de ce qui lui a été montré ; il a adressé des encouragements aux administrateurs, les a remerciés et vivement félicités de leur œuvre et a promis de revenir quand les élèves seront au travail dans les salles qu'il avait parcourues.

M. Mesureur a manifesté sa vive satisfaction de l'installation qu'il venait de voir et a adressé des éloges au personnel du Dispensaire. M. Fringnet a paru s'étonner que le monopole de former les stagiaires n'ait pas été laissé aux écoles et que l'autorisation d'en recevoir ait été donnée aux simples praticiens sans qu'un contrôle ait été organisé.

L'inauguration a pris fin sur ces mots.

***

A midi un déjeuner amical au restaurant Boivin réunissait une soixantaine de convives de Paris et des départements, qui se sont séparés après le repas en se donnant rendez-vous pour le lendemain.

Au dessert, *M. d'Argent*, vice-président de la Société de l'Ecole dentaire de Paris, a présenté les excuses du président, M. Godon, qu'un deuil récent empêchait d'assister au banquet ; il a remercié les confrères de province et de l'étranger d'être venus en aussi grand nombre prendre part à la fête du Groupement de l'Ecole dentaire, dont il a montré la vitalité.

M. Pont, de Lyon, a ensuite porté un toast aux dames présentes, et parlant au nom de l'Ecole dentaire de Lyon, il a félicité l'Ecole dentaire de Paris des résultats obtenus, heureux de la voir toujours prendre la tête du mouvement professionnel.

M. Etchepareborda, de Buenos-Ayres, a rappelé qu'il a été parmi les premiers diplômés de l'Ecole dentaire de Paris à laquelle il a conservé une tendresse quasi filiale.

M. Ferrand, président du *Cercle Odontologique*, a dit combien il était heureux de venir apporter les vœux de ses collègues ; il a ajouté que la Société qu'il représente, qui s'appelait primitivement Cercle des D. E. D. P., et qui a donc un lien de parenté avec le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, est toujours prête à prendre part aux manifestations scientifiques.

M. Burt, au nom de l'*American dental Club of Paris*, a assuré les dentistes français des sympathies de ses compatriotes.

M. Quintin, de Bruxelles, a porté à l'Ecole dentaire le salut confraternel de ses confrères belges ; il a dit combien il se sentait à son aise chaque fois qu'il se trouvait à Paris, tellement il se sent, pour ainsi dire le compatriote des dentistes français.

M. Grimaud, au nom de l'*Ecole Odontotechnique*, prenant texte de la devise belge, a montré que l'union qui existe entre les écoles dentaires reconnues d'utilité publique contribue à faire leur force.

Enfin *M. Amoëdo*, au nom de la Société Odontologique de France, a porté le toast suivant, dont il a bien voulu nous communiquer le texte :

Mesdames, Messieurs,

Je tiens tout d'abord à remercier cordialement le Groupement de l'École dentaire de Paris de son aimable invitation, et je tiens aussi à

adresser un respectueux salut aux dames venues nous charmer par leur grâce et leur beauté.

J'ai le grand honneur de représenter parmi vous la Société Odontologique de France, société la plus ancienne, mais aussi la plus jeune et la plus active, lorsqu'il s'agit, comme en cette occasion, d'apporter la bonne parole d'amitié cordiale dans l'acte d'inauguration de l'œuvre de perfectionnement et de progrès que vous fêtez aujourd'hui, œuvre si transcendante dans l'enseignement de la prothèse, et partant, de l'Odontologie tout entière.

Je viens donc vous apporter un salut confraternel de la part de mes collègues de l'autre côté de la Seine.

Nous applaudissons avec allégresse vos succès présents, et vous en souhaitons encore de plus grands dans l'avenir.

Personnellement, j'applaudis de tout cœur à vos triomphes, et si, dès que j'eus choisi la France comme patrie adoptive, le hasard voulut que je fusse sur la rive gauche au lieu d'être sur la rive droite dans l'enseignement, j'ai été néanmoins, toujours l'ami et l'admirateur du Groupement de l'École dentaire de Paris.

Dans mon dernier discours à la Société Odontologique de France, en prenant possession de mon mandat de président, j'ai rendu un public hommage à son éminent directeur, M. Charles Godon, et à son savant corps enseignant.

J'y faisais remarquer combien les écoles dentaires s'étaient émues de l'état d'abandon dans lequel était relégué l'enseignement de la prothèse, depuis la loi de 1892 et que la réforme de l'enseignement fut obtenue grâce aux efforts combinés des deux écoles dentaires.

Le résultat de cette réforme ne s'est pas fait attendre et ceux d'entre vous, venus à l'inauguration des travaux du stage, rue Garancière, ont pu apprécier les travaux manuels faits par les nouveaux élèves de l'École Odontotechnique, et, ce matin, nous avons pu admirer ceux exécutés sous la direction de MM. G. et H. Villain, chefs des travaux, par les élèves de l'École dentaire de Paris.

Ces élèves, entrés il y a à peine six mois dans nos écoles, ont été à même d'exécuter des pièces prothétiques meilleures que celles exécutées par les élèves de la 3e année de l'ancien régime.

Ces premiers résultats si satisfaisants nous autorisent à avoir confiance dans l'avenir, et à escompter déjà une nouvelle génération de confrères bien plus instruits et plus capables que nous tous.

Je lève donc mon verre aux futures générations des odontologistes français.

ALLOCUTION DE M. GODON

Monsieur le Doyen de la Faculté de médecine,
Monsieur le Directeur de l'Assistance publique,
Monsieur l'Inspecteur d'Académie,
Messieurs, mes chers confrères, mes chers collègues,

La fête annuelle de notre Groupement revêt cette année un caractère spécial en raison de l'inauguration des salles de démonstrations et de travaux pratiques du stage.

Le stage constitue, en effet, la partie essentielle de la réforme poursuivie par cette école depuis trente ans, dont la loi du 30 novembre 1892 et les décrets de 1893 ont formé la première étape, et réalisée par le décret du 11 janvier 1909, appliqué à partir de la rentrée scolaire d'octobre 1910.

Permettez-moi, avant tout, de souhaiter la bienvenue et d'adresser des remerciements à tous ceux qui sont venus assister à cette inauguration, en particulier à M. le Doyen de la Faculté de médecine qui a profité de cette fête pour venir visiter notre école et se rendre compte des travaux de nos stagiaires, à M. le Directeur de l'Assistance publique, un des patrons de cette école, qui nous donne des marques si souvent répétées de sa sollicitude, à M. l'Inspecteur d'Académie Fringnet, qui s'intéresse à notre école et suit avec bienveillance l'œuvre d'enseignement à laquelle elle se consacre et la contrôle.

Nous sommes d'autant plus heureux et plus fiers d'inaugurer ces salles en votre présence que notre Société a été la véritable promotrice de cette réforme, que c'est son président qui a été chargé d'élaborer le programme des examens qu'elle a introduit.

Je n'ai pas besoin de vous dire que la construction et l'installation des locaux dans lesquels fonctionne l'école de stage ont imposé à notre Société les plus grands sacrifices pécuniaires. Il est vrai que le Gouvernement nous a aidés à exécuter ces transformations matérielles en nous accordant une importante subvention sur les fonds du pari mutuel, grâce à l'intervention efficace de quelques-uns de nos patrons. Laissez-moi profiter de cette occasion pour les en remercier à nouveau, cette fois publiquement.

Vous avez constaté par les travaux des stagiaires, qui vous ont été présentés par le chef des travaux pratiques, les résultats obtenus pendant le premier semestre d'exécution du décret. Tout nous fait supposer que les travaux du second semestre de l'an prochain répondront encore davantage, si cela est possible, aux espérances fondées par les promoteurs de la réforme. Nous comptons bien que l'examen de validation du stage complètera cette réforme par l'application judicieuse qui en sera faite, par la collaboration des écoles dentaires et des chirurgiens-dentistes, comme le prévoit d'ailleurs le décret.

C'est précisément parce que nous avons provoqué cette transformation des études odontologiques et que nous sommes l'auxiliaire de l'Etat par l'établissement dans lequel ces études se font que nous demandons à l'Etat, en échange des services que nous rendons bénévolement à la

profession, au public et au pays depuis trente ans, une subvention annuelle du Ministère de l'Instruction publique aux écoles dentaires de Paris et de Lyon reconnues d'utilité publique et dont les Dispensaires sont assimilés aux Dispensaires de l'Assistance publique, l'admission de ces écoles à participer d'une manière constante et régulière à l'étude des mesures administratives ou législatives que pourra nécessiter le perfectionnement de l'enseignement odontologique, l'admission dans les jurys d'examen et à toutes autres fonctions officielles des chirurgiens-dentistes au même titre que les docteurs en médecine exerçant l'art dentaire, enfin l'application intégrale et impartiale des loi et décrets intéressant cet art.

Ai-je besoin de vous rappeler que c'est non seulement pour mettre plus d'unité dans leurs programmes et méthodes d'enseignement, mais aussi pour coopérer plus étroitement et plus efficacement au succès de la réforme que l'Ecole dentaire de Paris et sa sœur l'Ecole odontotechnique ont conclu une entente interscolaire, à laquelle s'est associée du reste dans une certaine mesure l'Ecole dentaire de Lyon, entente qui a déjà porté ses fruits ?

Messieurs, les administrateurs de cette Ecole vous sont reconnaissants de la visite que vous êtes venus lui faire et qui vous a montré que, soucieux d'un idéal de progrès, il n'est aucun sacrifice qu'ils ne fassent pour le réaliser, sûrs de servir ainsi la cause de la science dentaire, de la profession et du public.

A. G. S. D. F.

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. s'est réuni le 29 avril, à 9 h. du soir.

Il a approuvé les procès-verbaux des séances du Conseil des 14 et 15 janvier et du Bureau des 24 janvier, 28 mars et 4 avril.

Il a décidé d'adhérer, au nom de l'Association, au Comité national français d'hygiène dentaire à titre de membre fondateur et a voté une souscription de 100 francs pour le monument à élever au Dr Claude Martin.

Il a autorisé le trésorier à recueillir des souscriptions individuelles qui seraient versées en bloc avec celles recueillies par l'Ecole au Comité de ce monument.

Il a approuvé les rapports de la Commission de prévoyance et de la Commission syndicale, prononcé les admissions et les radiations faute de paiement prononcées par le Conseil d'administration de l'Ecole.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

A l'issue de la réunion, le Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a tenu une courte séance, dans laquelle il a décidé d'adhérer, au nom de la Société, au Comité national français d'hygiène dentaire à titre de membre fondateur ; il a

pris la même décision en ce qui concerne la Société d'Odontologie et a voté une souscription de 100 francs pour le monument à élever au Dr Claude Martin.

Il a autorisé le trésorier à recueillir des souscriptions individuelles qui seraient versées en bloc avec celles recueillies par l'Association au Comité de ce monument.

GROUPEMENT

Les deux Conseils d'administration ont ensuite tenu une séance commune pour examiner l'orientation professionnelle et notamment la ligne de conduite à observer en raison de l'envoi d'une délégation au groupe médical de la Chambre par la Société de Stomatologie pour demander la suppression du diplôme de chirurgien-dentiste et l'obligation du doctorat en médecine pour exercer l'art dentaire.

Les deux Bureaux ont été chargés de la préparation et de l'envoi d'une contre-pétition.

Séance de démonstrations pratiques.

La Société d'Odontologie a organisé, le dimanche matin 30 avril, une séance de démonstrations pratiques à laquelle un grand nombre de nos confrères ont assisté, et sur laquelle nous reviendrons plus amplement dans notre prochain numéro. Nous donnons seulement aujourd'hui la liste des démonstrations et des présentations qui ont été faites.

Présentation des travaux des élèves du stage de prothèse, par *MM. G.* et *H. Villain*, chef et chef-adjoint des travaux pratiques.

M. P. Ledoux. — Les travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris.

M. Amoëdo. — Présentation d'un nouvel articulateur anatomatique avec guide facial et inclinaison condylienne individuelle. Technique pour enregistrer les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire.

M. Charbonnier. — Présentation d'un four à gaz pour travaux de porcelaine.

M. E. Darcissac. — La couronne Carmichel dans les bridges, comme point d'appui sur les canines et les bicuspides.

M. Dehogues. — Emploi du pied de biche et des vis à racines.

M. Jolivet. — A) Présentation d'un stérilisateur à aldéhyde formique naissant ; B) Présentation d'une soufflerie à air chaud fonctionnant sur le courant de 110 volts.

M. Levett. — Emploi du nouveau « Ciment Synthetic » de Trey.

M. Mendel-Joseph. — Démonstration du traitement électro-ionique de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

M. Morel, de Dreux. — Méthode de traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire par l'effluvation ionisatrice de haute fréquence.

M. Pont, de Lyon. — Nouveau procédé d'extraction de la dent de sagesse.

M. Roussel. — Aurifications rapides à l'or mou.

M. Roy. — Opérations de stomatologie (kyste uniloculaire du maxillaire inférieur; nécrose de la mâchoire). Présentation de malades.

D'autre part un certain nombre de fournisseurs pour dentistes avaient tenu à exposer des instruments et des produits nouveaux :

Maison P. C. Ash. — Présentation d'appareils dentaires en or coulé.

Société Coopérative des Dentistes de France. — Présentation du service spécial d'analyse et de radiographie et de divers appareils.

Société Française de Fournitures dentaires. — Présentation du chauffe-gutta, de la pince H. Villain et de l'enrouleur automatique Baron pour tableau électrique, etc.

M. Gautier. — Présentation d'une table permettant l'utilisation du courant électrique pour tous les usages dentaires. Instruments divers.

Maison Reviron. — Présentation d'appareils de prothèse.

Maison Rhein. — Présentation de dents de porcelaine et d'instruments à canaux.

Société de l'Oryl. — Présentation de produits dentifrices hygiéniques.

La séance mensuelle ordinaire de la Société d'Odontologie s'est tenue le lundi 1er mai, au lieu du mardi, ce qui a permis à nombre de confrères des départements venus à l'occasion de l'inauguration de dimanche d'assister à cette séance.

La séance a été remplie par la discussion de trois importantes communications : hypothèse sur le rôle de la fibrille de Tomes, par *M. Demarquette* ; un nouveau procédé d'extraction de la dent de sagesse par *M. Pont* ; altération pulpaire sans carie, par *M. Roy*.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de Claude Martin.

Ainsi qu'on a pu le voir ci-dessus, les Conseils d'administration de l'A. G. S. D. F. et de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ont décidé de participer à la souscription ouverte pour élever un monument à la mémoire de Claude Martin et de recueillir les souscriptions individuelles qui seraient versées dans ce but.

Toutes les offrandes, si minimes soient-elles, seront les bienvenues; elles devront être adressées, pour l'Association, à M. Miégeville, trésorier; pour l'Ecole, à M. L. Bioux, trésorier.

Le versement sera fait en bloc, au nom des deux Sociétés, au Comité de ce monument et la liste des souscripteurs sera publiée, sans qu'il soit fait mention de la somme versée par chacun.

Nous sommes convaincus que tous les membres du Groupement tiendront à honneur d'apporter leur obole à cette souscription destinée à honorer et à perpétuer la mémoire d'un des plus grands hommes que compte la profession.

CIRCULAIRES

Interdisant les actes de scolarité aux étudiants sous les drapeaux.

Par une circulaire du 8 mars 1911, insérée au *Bulletin officiel du Ministère de la Guerre*, n° 10, 20 mars 1911, p. 190, le Ministre de la Guerre interdit aux étudiants sous les drapeaux de suivre des cours, de prendre des inscriptions ou de subir des examens.

Par une seconde circulaire du 25 mars 1911, insérée au *Journal officiel* du 30 mars, le Ministre de la Guerre rappelle que l'interdiction édictée par la première n'est que la reproduction des instructions adressées par son collègue de l'Instruction publique aux recteurs le 22 janvier 1906; mais, des militaires ayant été autorisés en fait au début de l'année scolaire à prendre des inscriptions, d'accord avec ce dernier, il permet à titre transitoire et pour l'année scolaire 1910-1911 seulement à ces militaires de compléter leurs inscriptions de manière à pouvoir passer leurs examens à la fin de l'année.

Enfin par une 3e circulaire insérée au *Journal officiel* du 22 avril 1911 le Ministre de la Guerre complète la première (du 8 mars) en décidant que l'interdiction n'atteint pas les militaires autorisés en fait au début de l'année scolaire 1910-1911 à prendre des inscriptions, qui, à titre exceptionnel et transitoire, pourront compléter leurs inscriptions de manière à passer leurs examens à la fin de l'année.

Il permet également aux militaires nouvellement incorporés à se présenter chaque année à la session d'octobre-novembre suivant leur incorporation à des examens universitaires précédés ou non d'inscription, à condition qu'ils justifient de ces inscriptions avant leur incorporation, s'il y a lieu.

Quant aux examens et concours qui ne sont pas universitaires, les militaires sous les drapeaux pourront être autorisés à les subir à toute époque à condition qu'ils ne bénéficient d'aucune faveur spéciale pour la préparation de ces examens et concours, qui ne devra pas préjudicier à leur instruction militaire.

GROUPEMENT DE L'E. D. P. ET DE L'A. G. S. D. F.

Les Conseils d'administration de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association ont tenu une réunion commune le samedi 13 mai, à 9 heures du soir.

Ils ont approuvé la conduite de leurs représentants à l'assemblée constitutive du Comité d'hygiène du 5 mai, en adoptant les propositions du Bureau de la Commission exécutive du Groupement du 6 mai. Ils ont décidé que les décisions qu'ils avaient prises dans leur séance du 29 avril (introduction dans les statuts de ce Comité d'une clause assurant la sauvegarde des principes odontologiques, admission des délégués des Sociétés adhérentes dans le Conseil d'administration, adhésion à ce Comité, à titre de membres fondateurs, de l'Ecole, de la Société d'Odontologie et de l'Association et vote de trois subventions de 100 francs) s'appliquent au Comité national français d'hygiène dentaire présidé par M. Roy.

Ils ont révisé la liste de leurs délégués à la F. D. N. et décidé de provoquer la réunion de celle-ci.

Ils ont, de plus, décidé que les Bureaux de l'Ecole et de l'Association se tiendraient à la disposition des deux Comités d'hygiène pour toute proposition d'entente dont ces Comités les saisiraient.

*
* *

Les deux Conseils ont ensuite tenu séparément une courte séance pour ratifier, chacun en ce qui le concerne, les décisions ci-dessus.

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE

Comme on le verra par la circulaire ci-dessous, la séance de constitution du Comité national français d'hygiène dentaire a donné lieu à des incidents qui ont provoqué une scission parmi les membres du Comité d'initiative et ont abouti à la création du Comité national français d'hygiène dentaire *par les représentants du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F. et les délégués de la F. D. I.*

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE
Siège social : 32, rue de Penthièvre.

Paris, le 6 mai 1911.

Mon cher confrère,

Le Comité national français d'hygiène dentaire, auquel vous avez donné votre adhésion, s'est réuni le vendredi 5 mai à l'Hôtel des Sociétés Savantes pour se constituer. Dès le début de la séance, les représentants de la Fédération Dentaire Internationale et ceux du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris et de l'A. G. S. D. F., ont, conformément au mandat qui leur avait été donné, demandé que les principes odontologiques soient sauvegardés dans la constitution du Comité et que les sociétés y soient admises. Ces propositions ont rencontré une opposition systématique et violente de la part de certains assistants non professionnels, soutenus, à notre grande surprise, par le président du Comité d'initiative. Dans ces conditions, les membres du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris, les représentants de la Fédération Dentaire Internationale, la grande majorité des dentistes présents, ainsi qu'un certain nombre de non professionnels se sont alors retirés et ont immédiatement constitué le Comité National Français d'Hygiène Dentaire, conformément au mandat qu'ils avaient reçu de la Fédération Dentaire Internationale.

Nous vous informons donc de la constitution définitive du Comité National Français d'Hygiène Dentaire, dont le Bureau est ainsi composé :

Président:	Dr Maurice Roy.
Vice-Présidents:	M. A. Blatter.
—	M. Georges Villain.
Secrétaire général :	Dr Raymond Lemière.
Secrétaire adjoint :	M. Arthur Mantout.
Trésorier :	M. Léon Bioux.

Nous vous prions de vouloir bien nous confirmer votre adhésion en remplissant le bulletin d'adhésion ci-joint.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de nos meilleurs sentiments confraternels.

Le Président,
Dr Maurice Roy,
32, rue de Penthièvre.

Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris et celui de l'Association générale syndicale des Dentistes de France, dans leur séance du 13 mai dernier, ont adhéré au Comité national français d'hygiène dentaire, qui vient de se constituer ; lui ont voté chacun une subvention de cent francs comme membres bienfaiteurs et ils engagent tous les membres du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F. à adhérer au nouveau Comité dont l'œuvre peut être si importante pour l'amélioration de la santé publique.

DISPENSAIRE DENTAIRE FORSYTH POUR ENFANTS

Nous avons annoncé l'an dernier qu'un Dispensaire dentaire pour enfants serait prochainement édifié à Boston, grâce à la générosité de MM. Forsyth frères.

A ce sujet, nous avons reçu du Comité des Administrateurs de la fondation la lettre que nous reproduisons ci-après :

Lettre du Comité des administrateurs.

Boston, janvier 1911.

« Nous vous envoyons une courte description et les plans propo-
» sés du *Dispensaire dentaire Forsyth pour Enfants.*

» Cette Institution est si nouvelle par sa nature et par son but
» qu'il nous a paru sage de demander des propositions et des con-
» seils aux membres de la profession dentaire avant d'adopter ces
» plans d'une façon définitive. Cette lettre et la brochure qui l'ac-
» compagne ont été par conséquent envoyées aux membres de la
» profession du Massachusetts et aux professeurs dentaires du monde
» entier.

» Vous nous feriez une faveur si vous vouliez bien nous aider de
» votre expérience et de votre savoir pour faire de cette nouvelle
» Institution une Institution modèle en son genre. »

Le *Dispensaire dentaire Forsyth pour Enfants* a été fondé par John Hamilton et Thomas Alexandre Forsyth en mémoire de leurs

frères, James Bennett et Georges Henry Forsyth. Il a été autorisé à Boston en 1910 par une loi spéciale du Parlement du Massachusetts.

Un terrain a été acheté et un bâtiment sera construit par MM. Forsyth et remis à la Fondation. En outre une dotation d'environ 5 millions de francs sera affectée à l'entretien de la nouvelle Institution.

Des plans ont été demandés concurremment à quatre architectes. Le résultat de ce concours a été l'adjudication à l'unanimité à Edward T.-P. Graham.

Voici en quels termes les fondateurs exposent le but général de ce Dispensaire dentaire.

Le mot d'ordre de la médecine moderne est « Prophylaxie ».

C'est par conséquent dans la confiance que vous êtes disposés à nous aider que nous vous invitons à nous adresser vos observations et à contribuer par votre coopération à faire du projet dont nous donnons les grandes lignes l'entreprise prophylactique la plus grande que le monde ait connue.

La campagne d'éducation qui a été menée pour la prophylaxie en dentisterie a enseigné au public quelque chose de la valeur de la conservation des dents. Le progrès dans cette conservation parmi les gens aisés a été rendu possible par le recours aux dentistes pour exercer une surveillance constante sur les dents des enfants et pour employer les mesures propices à prévenir la carie ou à l'arrêter dès son apparition.

L'opinion prédominante dans la classe peu aisée est que les dents de lait n'ont pas besoin de soins aussi assidus que les dents permanentes.

Il est inutile de rappeler à la profession dentaire l'influence importante qu'exercent les dents temporaires sur le développement du visage et du corps tout entier. Il est plus inutile encore de dire combien il est souhaitable d'employer de bonne heure les procédés de l'orthodontie pour le redressement des dents en éruption.

L'Institution Forsyth sera consacrée aux soins à donner aux dents des enfants. Elle offrira à tous les enfants méritants au-dessous de 16 ans la facilité d'obtenir gratuitement des avis éclairés et des soins pour leurs dents. Installée dans un bâtiment approprié et dans une situation centrale, pourvue de tout ce qui est nécessaire pour faire œuvre utile, nous espérons que son influence s'étendra partout.

En plus des soins de bouche, elle donnera un enseignement pratique de l'hygiène buccale. De même que les sanatoria pour tuberculeux ont été les centres d'où se sont répandus les sages conseils d'hygiène individuelle par l'exemple et les avis donnés aux malades, de même nous espérons que cette Institution favorisera l'éducation publique non seulement en hygiène buccale mais aussi en hygiène générale.

On remarquera qu'aucun aménagement n'a été fait en vue du travail de prothèse. Les administrateurs ont compris que les laboratoires bien aménagés des écoles dentaires peuvent suffire aux besoins de cette partie du public qui ne peut pas payer les soins dentaires. Les enfants ont rarement besoin de pièces de prothèse, et les dispensaires des écoles ne peuvent pas répondre à leurs besoins. Le nombre des enfants ayant besoin de surveillance au point de vue dentaire est si grand dans les écoles publiques de Boston seulement que les cliniques des écoles dentaires sont envahies, et ne peuvent tenter de soigner qu'une petite partie des cas les plus graves.

En plus, les enfants ne sont pas accueillis volontiers en grand nombre dans ces cliniques. A part l'orthodontie, les problèmes que présente la bouche des enfants sont relativement simples au point de vue de la dentisterie technique. Les écoles dentaires désirent avec raison donner aux étudiants une pratique spéciale des cas les plus complexes rencontrés dans la bouche des adultes. Le dentiste, à quelques exceptions près, traite presque uniquement des sujets ayant dépassé la limite d'âge fixée par cette Institution. Il est à souhaiter cependant que, au fur et à mesure que le public se pénétrera de l'importance de la prophylaxie buccale dans les premières années de la vie, ce qui nécessairement se produira après la fondation de cette Institution, un nouveau champ d'études se présente à la profession, non pour les quelques spécialistes qui, pour le moment se consacrent à ce travail, mais pour la profession tout entière.

Des aménagements ont été faits pour les recherches, qui seront confiées à un groupe d'hommes d'étude à la tête duquel a été placé un praticien choisi pour son habileté. Le laboratoire sera aménagé de façon à offrir toute facilité à ceux qui voudront faire des recherches sous une surveillance expérimentée.

Le Musée de l'Institution contiendra tout ce qui pourra être employé pour l'enseignement de l'hygiène buccale. La salle de lecture servira pour l'éducation du public en matière dentaire.

Enfin, cette Institution ne devra pas être considérée comme un établissement de charité. Le monde reconnaît aux enfants le droit de se développer mentalement aux frais de l'Etat. On se préoccupe maintenant de leur droit égal au développement physique. Les pressants besoins des enfants au point de vue dentaire n'ont jamais été pleinement reconnus hors de la profession et jamais leur importance n'a été avouée. Nous espérons que l'Institution aura une influence sur le développement plus parfait de la race humaine. C'est ce but que nous poursuivons et pour lequel nous demandons votre aide.

L'hygiène dentaire dans l'industrie de l'alimentation.

Par H. de Vlamynck, Bruxelles.

L'auteur se propose, dans une communication sous ce titre, présentée au 2e Congrès international d'hygiène alimentaire de Bruxelles, de signaler ce que devrait être la loi protégeant la santé de l'ouvrier occupé dans cette industrie, en même temps que celle du consommateur.

Il a compulsé le code de l'hygiène et de la salubrité publiques, afin de se rendre compte des mesures prises pour prémunir la santé du consommateur contre la contamination des denrées alimentaires.

Le premier article dit : « Celui qui aura mêlé ou fait mêler soit à des comestibles ou des boissons, soit à des substances ou denrées alimentaires quelconques, destinés à être vendus ou débités, des matières qui sont de nature à donner la mort ou à altérer gravement la santé, sera puni d'un emprisonnement de six mois à cinq ans et d'une amende de deux cents francs à deux mille francs. »

La protection se borne à défendre : 1° d'employer comme emballage des substances telles que le plomb, cuivre, zinc, etc. ; 2° de colorer les produits alimentaires avec des matières colorantes vénéneuses ; 3° de falsifier des denrées par l'adjonction de produits étrangers et nuisibles ; 4° de vendre des aliments sous des dénominations ou des apparences mensongères qui peuvent tromper l'acheteur sur la nature de la marchandise achetée.

Le gouvernement est autorisé à réglementer et à surveiller le commerce, la vente et le débit des denrées et des substances servant à l'alimentation de l'homme et des animaux, mais seulement au point de vue de la santé publique ou dans le but d'empêcher les tromperies et les falsifications.

Il peut également, mais uniquement dans l'intérêt de la santé publique, *surveiller la fabrication ou la préparation même des denrées alimentaires destinées à la vente.*

Si le gouvernement *peut* surveiller la fabrication, il ne le fait que très imparfaitement en ne s'attachant que très exclusivement à attaquer les abus qui ont un but pécuniaire. En effet la prohibition des emballages vicieux, des matières colorantes vénéneuses, des falsifications et des dénominations mensongères, n'a été prononcée que pour empêcher des commerçants et industriels peu scrupuleux de grossir leurs bénéfices au détriment de la santé publique, en employant des produits d'un prix moindre que ne le seraient les produits réunissant les conditions d'hygiène et d'innocuité indispensables à tout ce qui, de près ou de loin, doit servir à l'alimentation.

Le gouvernement a dit : « Vous ne pouvez employer pour la préparation, la conservation ou l'emballage de vos conserves ou confitures, etc., des vases, ustensiles, récipients ou objets divers dont les parties mises en contact avec les denrées sont constituées par des matières vénéneuses ou nuisibles à la santé publique ou renfermant de ces matières », *mais il n'a pas dit que l'ouvrier introduisant l'aliment dans*

ces récipients ne pouvait pas introduire les germes de la tuberculose, de la syphilis ou de toute autre affection dont il est atteint.

Pour la loi, la santé publique semble sauvegardée dès que l'enveloppe du produit n'est pas nocive.

La préparation et le commerce des farines, du pain et des autres denrées alimentaires dérivées des farines, font l'objet d'une loi spéciale, mais là encore, s'il est défendu d'introduire *en si minime proportion que ce soit* aucune matière minérale *autre que le sel ordinaire* (chlorure de sodium) *et l'eau*, s'il est défendu d'y mêler de l'alun, du sulfate de zinc, des carbonates ou bicarbonates alcalins ou alcalino-terreux, du savon, de l'eau de chaux, ainsi que d'employer, pour le chauffage des fours, du bois peint à l'aide de couleurs plombifères ou arsénifères, il n'est fait aucunement mention des germes pathologiques que peuvent y introduire les producteurs.

Mêmes observations pour les cafés et chicorées, etc.

La loi qui régit le commerce des bières dit : « Les robinets, conduits, pompes aspirantes ordinaires, pompes à pression d'air, appareils à pression d'acide carbonique, etc., servant au débit des bières, devront être tenus en parfait état de propreté.

» L'air admis au contact des bières dans les fûts de débit doit provenir d'un endroit à l'abri de toute cause *de contamination* et bien ventilé, de préférence être pris en dehors du bâtiment. »

Donc, les appareils servant au débit devront être tenus en parfait état de propreté, mais le débitant ou fabricant ne sera pas soumis à cette même condition.

De plus, l'*air* admis au contact des bières dans les fûts devra être à l'abri de toute contamination, mais le débitant qui vous sert peut, comme c'est l'habitude à Bruxelles, souffler pour enlever la mousse et introduire directement dans la bière les germes mortels des pires affections.

D'autre part, le commerce du lait a prouvé que l'idée pour laquelle l'auteur combat était, tout au moins en principe, admise par le gouvernement.

La loi interdit d'une manière absolue de vendre, d'exposer en vente, de détenir ou transporter pour la vente, pour l'alimentation humaine, sous quelque dénomination que ce soit :

« 1° Du lait additionné d'eau ou de substances étrangères quelconques, telles qu'agents de conservation ;

» 2° Du lait colostral, du lait altéré par des microgermes ou des produits infectieux (lait acide, visqueux, putride, amer, bleu, rouge, etc.), soit à raison d'un état anormal ou d'une alimentation défectueuse du bétail, soit par suite d'une tenue défectueuse de l'étable, de la laiterie ou des ustensiles de transport, soit pour toute autre cause, telles que *des manipulations effectuées par des personnes peu soigneuses ;*

» 3° Du lait provenant d'animaux aux aliments desquels auraient été mêlées des plantes vénéneuses, d'animaux médicamentés à l'aide de substances toxiques ou d'animaux atteints de maladies contagieuses ou infectieuses, telles que la tuberculose (pommelière), rage, fièvre aphteuse (cocotte), fièvre charbonneuse, charbon symptomatique,

pyohémie, septicémie, diphtérie, mammites aiguës et mammites chroniques avec suppuration, jaunisse, etc. »

Pour le lait, donc, la manipulation doit se faire par des personnes soigneuses, mais encore une fois, dès qu'elles sont lavées et que leurs vêtements ne sont pas trop sordides, qu'importe qu'elles soient au dernier degré de la tuberculose et pourvu que la bête qui nous a fourni le lait soit relativement saine, la personne qui trait peut fort bien expectorer les germes et les introduire par des quintes de toux dans le lait.

L'acheteur s'éloigne de tout débit où règne une malpropreté évidente, dont le débitant est atteint d'une affection visible et dont il connaît les dangers, mais il revient à la loi seule de s'armer pour le protéger contre les tares qu'il ne voit pas ou dont il ignore les conséquences néfastes. Or, celles-là sont évidemment les plus nombreuses.

En édictant donc une loi réglementant la manipulation des denrées alimentaires, le gouvernement serait en complète communauté d'idées avec *tous* les consommateurs.

Les mesures suivantes obvieraient aux inconvénients signalés :

1° Les fabriques, usines, ateliers, magasins, etc., ayant pour objet la fabrication, le dépôt ou la vente des denrées alimentaires, telles que les fabriques de conserves, les boucheries, charcuteries, les boulangeries, chocolateries, sucreries, pâtisseries, brasseries, cuisines d'hôtels, etc., ne pourront être établies, ni transférées d'un lieu dans un autre qu'en vertu d'une permission de l'autorité administrative. La liste des personnes destinées à y travailler et à y manipuler les denrées sera remise avec la demande d'autorisation, en y joignant pour chaque personne le procès-verbal de la visite sanitaire faite par un médecin qui sera soumis, pour ses déclarations, aux lois réglementant la police sanitaire ;

2° Apposer sur la devanture des établissements de gros et de détail une plaque visible et ostensible, indiquant par une marque spéciale que l'établissement se soumet aux conditions d'hygiènes requises ;

3° Exiger la visite sanitaire de toutes les personnes employées à la fabrication, la manipulation ou à la vente des produits alimentaires, qui se fera (trimestriellement ou mensuellement) aux frais du patron de l'entreprise.

Le médecin agréé consignera sur un registre spécial, conforme au modèle délivré par l'Administration, les constatations faites au cours des examens.

Ce registre, confié aux soins de l'industriel, doit être remis aux agents de l'autorité à chaque réquisition ;

4° Faire parvenir au Conseil supérieur d'hygiène, après chaque visite sanitaire, un procès-verbal détaillé, suivant un questionnaire établi par la loi et sur papier de différentes nuances, exemple : blanc pour les personnes saines, jaune pour les personnes devant être momentanément éloignées, rouge pour les personnes devant être éloignées définitivement ;

5° Eloigner de l'industrie de l'alimentation les producteurs ou manipulateurs (ouvriers et patrons) atteints d'affections contagieuses et infectieuses, telles que tuberculose, syphilis, cancer, gangrène, angine, stomatite, gingivite, caries dentaires, abcès, fistules, fétidité de l'haleine.

etc., etc., et ce, pendant le temps nécessaire à leur complète guérison ;

6° Dans tous les établissements de denrées alimentaires, les ouvriers auront à leur disposition un vestiaire spécial pour changer de vêtements et un local où seront placés des vases contenant de l'eau, du savon pour se laver la figure et les mains, des brosses à dents et les produits nécessaires pour se nettoyer les dents et se rincer la bouche avant de se mettre au travail.

Ces soins de propreté seront strictement obligatoires pour tous les ouvriers.

L'accès de l'atelier sera interdit aux ouvriers n'ayant pas procédé aux ablutions nécessaires et n'ayant pas endossé les vêtements de travail fournis et entretenus par les soins du chef d'entreprise.

Aucun ouvrier ne pourra sortir des ateliers sans avoir quitté ses vêtements de travail.

Aucun patron ne pourra occuper des ouvriers s'adonnant à l'ivrognerie et tout patron devra empêcher l'introduction de liqueurs alcooliques dans l'établissement.

Les ouvriers entretiendront dans un bon état de propreté le matériel et les outils qui leur sont confiés ;

7° Il doit être interdit d'utiliser habituellement comme salle de travail les locaux humides.

Les locaux auront une hauteur de 2m50 au moins, ils seront en tout temps convenablement ventilés ; à cet effet, on adoptera des dispositifs permettant d'introduire l'air neuf et d'évacuer l'air vicié à raison de 30 mètres cubes au moins par heure et par travailleur.

La ventilation se pratiquera dans des conditions telles qu'il ne puisse en résulter d'incommodité pour les ouvriers.

Pendant les interruptions de travail, si les circonstances le permettent, l'atmosphère des locaux sera renouvelée par des chasses d'air ;

8° Les récipients, vases, boîtes, etc., etc., venant de l'extérieur, devront être désinfectés et stérilisés à l'étuve avant de pouvoir y introduire les produits alimentaires.

Ces mesures existent déjà dans la loi pour d'autres industries et elles ont été prises pour protéger un nombre infime de personnes en regard des masses qu'elles protégeraient si elles s'appliquaient à l'alimentation.

L'autorisation d'établir un commerce de denrées est la même que celle qui est dans le code pour réglementer l'installation des établissements dangereux, insalubres et incommodes. Or ce genre d'établissement ne contamine que son voisinage immédiat et il est loisible de s'éloigner de ce voisinage s'il cause un préjudice ou s'il leur déplaît, alors qu'au contraire, nul ne peut se soustraire à l'obligation de s'alimenter et qu'il est par conséquent indéniable que le champ d'action d'un établissement de denrées alimentaires est beaucoup plus vaste grâce à sa pénétration plus ramifiée et plus étendue, puisqu'elle va rejoindre l'homme à quelque endroit qu'il puisse se trouver.

Si l'établissement d'une industrie occasionnant, pour un voisinage de quelques centaines de personnes, des odeurs fortes et persistantes, pouvant vicier la nappe d'eau souterraine, ou présentant des dangers

d'incendie, en donnant des fumées et poussières insalubres, des odeurs de lessives, du bruit, des résidus putrescibles, etc., etc., est soumis à autorisation, l'établissement d'une industrie pouvant introduire et propager la tuberculose, la syphilis, la gangrène, la diphtérie, etc., au sein de la population tout entière, et doit être soumis à l'autorisation préalable.

Pour la sélection à faire pour l'entrée dans l'industrie de l'alimentation, la mesure n'est pas plus draconnienne que celle qui éloigne de tous les services publics les postulants inaptes au service militaire. Un centimètre de tour de taille ou de grandeur en moins que la mesure voulue empêche l'entrée dans ces carrières.

La visite sanitaire et l'exclusion temporaire et définitive sont des mesures auxquelles sont soumises les industries plombifères, phosphoriques, arsénieuses, etc.

C'est ainsi que : 1° pour les industries du phosphore nous voyons que les ouvriers ayant une carie dentaire non obturée; ceux qui présentent des symptômes de gingivite ou de stomatite et ceux dont l'état de santé serait mauvais au moment de l'examen, seront temporairement écartés des ateliers. Les ouvriers atteints de phosphorisme chronique doivent être définitivement écartés des mêmes ateliers ; 2° pour la manipulation des chiffons et notamment dans les dépôts et magasins de chiffons, papeteries et filatures, les chefs d'industrie, patrons ou gérants sont tenus de n'admettre au triage, au transport ou à la manipulation des chiffons, aucun ouvrier non muni d'un certificat médical constatant qu'il a été atteint de la variole ou qu'il a subi la vaccination avec succès.

Si la maladie ou la vaccination avec succès remonte à plus de trois années, l'ouvrier devra être vacciné avant de pouvoir être occupé au triage, au transport ou à la manipulation des chiffons.

Aussi longtemps qu'ils restent attachés à ces travaux, les ouvriers seront soumis à des vaccinations périodiques de manière qu'il ne s'écoule jamais un délai de plus de trois années depuis l'époque de la maladie ou de la dernière vaccination.

Les vaccinations et revaccinations seront constatées par certificat médical. Elles s'effectueront aux frais des chefs d'industrie ou patrons.

L'application de ces mesures a uniquement pour but de protéger les ouvriers occupés dans ces industries ainsi que leur famille, contre les atteintes de saturnisme, phosphorisme, etc., alors que ces mêmes mesures appliquées à l'industrie de l'alimentation auraient un effet incontestablement plus bienfaisant pour les raisons déjà données.

Devant ces considérations, la Société Belge d'Odontologie propose au IIe Congrès international d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme d'émettre le vœu, *pour préserver la santé des consommateurs*, de voir les pouvoirs publics organiser et décréter l'inspection sanitaire et particulièrement l'inspection bucco-dentaire des ouvriers de l'alimentation en prenant en considération et en introduisant les huit articles indiqués dans le présent rapport.

NOUVELLES

On demande des dentistes.

On lit dans la *Haute-Ardèche* du 22 avril 1911, publiée à Annonay :

« Les habitants de notre ville, composée de 3.500 habitants, verraient avec plaisir la venue d'un chirurgien-dentiste, car indépendamment de notre localité, le canton est composé de 13.000 habitants environ, sans compter les cantons voisins, dont la population n'est pas moindre que la nôtre et fournirait sûrement une clientèle supplémentaire au directeur du cabinet dentaire qui viendrait s'installer au Cheylard. Notre ville, par sa situation privilégiée (chemin de fer, moyens de communications faciles, etc.), est tout indiquée pour avoir un praticien diplômé, et dans l'intérêt de tout le monde, nous serions heureux que nos desiderata soient écoutés. Nous le souhaitons dans un but humanitaire et général. »

*
* *

Nous apprenons également d'une autre source que la ville de Saint-Jean-d'Angely (Charente-Inférieure), qui compte 7.041 habitants, est dépourvue de dentiste.

La sécurité médicale.

(Société d'assurances mutuelles entre médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes, contre les accidents corporels de toute nature, contre les maladies et contre la responsabilité professionnelle).

Cette mutuelle fondée par le Dr Aschkinasi, est dirigée par un Conseil d'administration composé de médecins, de dentistes, de pharmaciens.

Elle garantit à chacun de ses adhérents, moyennant une cotisation variable, suivant les avantages choisis : 1° un capital en cas de mort consécutive à un accident ; 2° un capital en cas de mutilation consécutive à un accident ; 3° une indemnité quotidienne en cas de chômage par suite d'un accident ou d'une maladie ; 4° une rente viagère en cas d'impotence complète consécutive à une maladie ; 5° un capital couvrant la responsabilité professionnelle.

En outre, la Société a créé une « Caisse de Secours », dans laquelle elle verse 5 o/o de toutes ses recettes et qui est destinée à secourir ceux de ses adhérents qui viendraient à être victimes d'une infortune, ou à subventionner les œuvres de bienfaisance ou de défense professionnelle concernant les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes. Sur l'excédent des recettes 25 o/o sont répartis annuellement entre les sociétaires, au prorata de leur cotisation.

Pour tous renseignements s'adresser au Dr Aschkinasi, 21, rue Auber, Paris.

Congrès de Dijon.

Rappelons que le Congrès annuel de l'A. F. A. S. aura lieu cette année à Dijon. Il commencera le lundi 31 juillet.

La section d'odontologie sera présidée par M. Grimaud.

Société odontologique suisse.

La 26e assemblée générale annuelle de la Société odontologique suisse aura lieu à Lucerne les 19, 20 et 21 mai 1911.

Le 19, à 4 1/2 du soir, séance administrative.

Le 20, à 8 1/2 du matin, communications et démonstrations.

A midi 1/2, excursion en bateau et déjeuner.

A 7 h. du soir, banquet.

A 9 h. du soir, réception au Kursaal.

Le 21 matin, communications et démonstrations.

A 1 h. de l'après-midi, banquet d'adieux.

Concours de dentistes des hôpitaux.

Un concours pour deux places de dentiste des hôpitaux s'ouvrira le 22 mai 1911 à l'Assistance publique.

Le jury est composé de MM. Caussade, Chompret, Riche, Roy, Sauvez.

École libre d'assistance.

La séance d'ouverture de l'école libre d'assistance, dont le siège est à la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance 49, rue Miromesnil, a eu lieu le 8 mai à 4 heures.

M. André Mesureur y fera pendant l'année 1911 un cours sur *la pratique de l'assistance publique à Paris.*

Société française de produits d'hygiène buccale.

Une société s'est fondée le 22 avril 1911 pour la fabrication et l'exploitation de nouveaux produits dentifrices dont les deux premières créations « *L'Oryl* et la *Bi-Oxyne* » sont déjà connues de nos confrères.

Cette Société, essentiellement professionnelle, a mis à l'étude la création d'une caisse de secours et de retraites à l'usage de ses membres, et c'est à ce titre que nous faisons mention de cette intéressante initiative.

S'adresser pour tous renseignements au siège social : 6 *bis*, rue de Châteaudun, Paris.

31e ANNÉE. N° 10 30 MAI 1911 Vol. XLV

L'ODONTOLOGIE

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE SYMPTOMATOLOGIQUE SUR LES ALTÉRATIONS PULPAIRES SANS CARIE[1]

Par Maurice Roy,

Dentiste des Hôpitaux,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la mortification pulpaire des dents sans carie ont considéré ces dents à l'époque où la gangrène pulpaire était complète et où celle-ci donnait lieu aux complications bien connues de la putréfaction de l'organe central de la dent. Aucun, à ma connaissance, ne s'est occupé de décrire ces altérations pulpaires à une période précédant la gangrène totale. Les auteurs conçoivent bien, évidemment, qu'il s'écoule un stade intermédiaire entre l'état normal et la destruction totale de l'organe, mais ils n'ont attaché jusqu'ici aucune importance à cette période.

Sans doute cette phase de la maladie est souvent silencieuse et ne se révèle à l'attention du clinicien que par l'apparition des phénomènes qui accompagnent la gangrène totale de l'organe. Cependant il n'en est pas toujours ainsi et, en dehors des cas de gangrène foudroyante que l'on observe dans les gros traumatismes et qui s'accompagnent de symptômes particulièrement bruyants, mais fugaces, l'évolution des altérations pulpaires sans carie s'accompagne assez souvent de phénomènes particuliers qui doivent attirer l'attention du clinicien, ainsi que le montre-

1. Communication à la Société d'Odontologie.

ront les quelques observations que je vous communiquerai dans un instant et que je relève de plus en plus nombreuses depuis que mon attention a été appelée sur ce point.

A quoi tient cette absence de documents précis sur ce point particulier de la pathologie dentaire? Je ne pense pas cependant avoir été le seul à observer des cas semblables à ceux que je vous exposerai ; j'en suis donc amené à penser que, s'ils n'ont pas été décrits plus tôt, c'est qu'ils ont été le plus souvent méconnus et ont fait l'objet d'erreurs de diagnostic que, pour ma part, il m'est probablement arrivé de faire autrefois. La raison de la méconnaissance de ces altérations pulpaires à la période de début, c'est que, d'une part, leur évolution est silencieuse dans nombre de cas, et que, d'autre part, quand cette évolution se fait d'une façon un peu bruyante, les symptômes observés sont assez vagues, souvent mal localisés et prêtent très facilement à confusion avec d'autres affections.

Ayant eu l'occasion depuis quelques années d'observer un certain nombre de cas indubitables d'altérations pulpaires sans carie à la période précédant la gangrène totale de la pulpe, il m'a paru utile, pour les raisons ci-dessus indiquées, de vous apporter ces observations, qui m'ont permis de fixer quelques-uns des symptômes de cette affection et qui contribueront, je l'espère, à éclairer le diagnostic de ces cas particulièrement délicats à élucider.

*
* *

Afin de faciliter la compréhension des développements ultérieurs, je donnerai d'abord connaissance des observations que j'ai choisies comme types parmi les cas que j'ai rencontrés dans ma pratique.

Observation I.

M. de R., 60 ans, vint me trouver en juillet 1903 se plaignant de souffrir de violentes douleurs névralgiques dans tout le côté droit de la face. Ces douleurs duraient depuis plusieurs semaines et avaient paru, au début, localisées au niveau de la 2e grosse molaire supérieure droite. Le malade fit voir cette dent à son dentiste habituel,

qui la trouva saine et fit quelques cautérisations (?) sur la racine légèrement dénudée au collet ; mais les douleurs ne se calmèrent pas, bientôt elles augmentèrent et s'irradièrent très rapidement à toute la face, résistant à tous les antinervins prescrits par le médecin du malade, qui lui conseilla enfin l'électricité, puis la lumière bleue, le tout sans résultat appréciable.

Pensant être atteint de névralgie faciale essentielle, M. de R. consulta son chirurgien, qui me l'adressa afin de m'assurer qu'il n'y avait rien du côté du système dentaire.

Je constatai que ce malade, bien qu'âgé de 60 ans, avait toutes ses dents sauf une seule. La bouche était parfaitement tenue au point de vue de l'hygiène, les dents bien rangées, quelques-unes obturées, mais, pour la plupart, pour des caries de peu d'étendue. Les dents assez longues étaient un peu dénudées au collet, mais sans trace d'ébranlement ni de suppuration.

Du côté malade, au maxillaire supérieur droit, il manquait la première grosse molaire, la seule dent manquante de la bouche, enlevée à 16 ans. Les autres dents étaient exemptes de carie et non ébranlées, aussi bien à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure.

En examinant la seconde grosse molaire où les douleurs paraissaient avoir été localisées au début, je constatai que le collet de cette dent était un peu dénudé et sensible au toucher, mais sans que cette sensibilité fût beaucoup plus marquée que celle qu'on observe habituellement dans les dénudations semblables. Cette dent avait une coloration normale, la gencive était saine, il n'y avait pas de décollement gingival au collet. Cette dent, par suite de l'absence de la dent immédiatement antérieure, était légèrement déviée en avant, occupant une partie de l'espace libre laissé par cette dent.

La percussion longitudinale de toutes les dents donnait un son clair et ne provoquait aucune douleur, ni aucune différence appréciable entre les diverses dents. La percussion transversale, alors qu'elle était indolore sur les autres dents, provoquait une légère sensibilité dans la seconde grosse molaire, qui était également un peu plus sensible au froid que les voisines.

En présence de ces constatations, je dis à mon malade que, si sa névralgie avait une origine dentaire, il était possible qu'elle fût provoquée par une altération pulpaire de cette seconde grosse molaire, altération que paraissait indiquer la sensibilité qu'elle présentait au froid et surtout à la percussion transversale. Cette altération pulpaire pouvait avoir été provoquée par le traumatisme chronique résultant pour cette dent de son engrènement anormal avec les dents antagonistes du bas, je lui proposai de lui trépaner cette dent et d'en enlever la pulpe, ce qui permettrait de juger de l'exactitude de cette hypothèse.

Un nouvel examen ayant confirmé le lendemain les symptômes observés la veille, je trépanai la dent. La dentine était sensible, cependant je pus, bien que le malade fût très nerveux, ouvrir la chambre pulpaire, où je trouvai la pulpe vivante. Je la détruisis à l'aide d'un pansement d'acide arsénieux et cocaïne et, lorsque je revis M. de R. le lendemain, il m'annonça que pour la première fois depuis longtemps il n'avait plus souffert de ses névralgies.

J'enlevai la pulpe et, cinq jours après, je procédai à l'obturation de la dent sans que mon malade ait vu revenir ses douleurs.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis huit ans, ce malade, que j'ai revu encore récemment, est complètement débarrassé de ses douleurs dont l'intensité avait fait penser à une névralgie faciale essentielle.

L'examen microscopique n'étant pas possible dans ces cas, il est difficile de dire d'une façon précise la nature exacte des altérations pulpaires en cause, néanmoins je pense qu'il s'agissait dans cette observation d'une pulpite due à des troubles trophiques déterminée, chez ce malade neuro-arthritique, par le traumatisme que provoquait l'engrènement anormal de cette dent avec s.s antagonistes.

Observation II.

M. le Dr B. [1], 45 ans, fut pris, en avril 1909, de douleurs qui débutèrent dans les deux molaires supérieures gauches, mais qui très rapidement s'irradièrent dans tout le côté gauche de la mâchoire. Ces douleurs, qui avaient un caractère névralgique, duraient quelque temps, puis disparaissaient, ne ressemblant pas à une rage de dents ordinaire. Les douleurs s'installèrent ensuite pendant toute la journée sans relation apparente avec les repas, douleurs très pénibles quoique peu vives, non fulgurantes, ne procédant pas par crises et n'étant pas influencées par les mouvements de mastication. Les douleurs devinrent ensuite continues, même pendant la nuit, sans pouvoir être localisées, envahissant toute la moitié gauche de la face, l'œil, la tempe, l'oreille, avec irradiations dans la mâchoire inférieure. Il y avait un peu de sensibilité au froid de toutes les dents, sensibilité plus marquée à gauche.

Le Dr B. pensant, en raison du caractère des douleurs, à une névralgie faciale essentielle, essaya sans résultat les divers calmants usités en pareil cas et vint enfin me voir pour me faire examiner ses dents qui lui paraissaient indemnes de toute altération apparente.

Ce malade, auquel j'ai soigné antérieurement un certain nombre de caries, a toutes ses dents, sauf les dents de sagesse non évoluées,

1. M. le Dr B. m'a fourni lui-même son observation quant aux phénomènes subjectifs.

elles sont grandes et assez régulièrement implantées. Du côté malade, à la mâchoire supérieure, on note la seconde grosse molaire, carie du 3[e] degré obturée depuis plusieurs années, la première grosse molaire qui porte une très grosse obturation à l'amalgame. Les autres dents tant à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure sont exemptes de carie ou portent des obturations insignifiantes.

Il n'y a pas de changement de coloration appréciable des dents de ce côté, pas de différence notable dans la percussion des diverses dents. Peut-être un peu plus de sensibilité à la percussion transversale au niveau de la première grosse molaire supérieure. La gencive était normale au niveau de cette dent, qui n'était pas ébranlée et ne présentait pas de pyorrhée.

La seconde grosse molaire ne me paraissait pas devoir être incriminée la pulpe étant détruite, la dent soigneusement traitée et ne présentant aucun signe de périodontite. Je pensai à une pulpite par calcification de la première grosse molaire qui, je l'ai dit, portait une très grosse obturation à l'amalgame. Celle-ci avait été faite il y avait plusieurs années par-dessus un ciment, lequel avait été placé depuis fort longtemps par un confrère, dans cette dent qui paraissait être un 2[e] degré au moment où je l'avais réobturée partiellement.

Le 10 mai, j'enlevai l'obturation et trouvai une très grande cavité formée de dentine bien calcifiée, mais sans aucune ouverture mettant en relation avec la chambre pulpaire. Le lendemain j'ouvris la chambre pulpaire, la pulpe était vivante et je fis une pulpectomie à l'aide de la compression cocaïnique ; la pulpe ne présentait aucun noyau dentinaire, mais sa cavité était un peu irrégulière par suite de la formation de dentine secondaire qui l'avait diminuée dans la portion distale, siège principal de la carie. Les trois filets radiculaires étaient vivants, le canal mésial, qui répondait à la partie saine de la dent, était plus large que les deux autres.

Dès que la pulpe fut enlevée, le D[r] B. accusa la disparition des douleurs qu'il ressentait quelques instants encore auparavant ; je plaçai un pansement de créosote et gutta dans la dent et renvoyai mon malade qui, à sa grande satisfaction, fut débarrassé de ses douleurs et put goûter un repos qu'il ne connaissait plus depuis plusieurs semaines. Mais, 48 heures après, il fut repris de nouveau de douleurs névralgiques, à sa grande désolation et à la mienne.

Le 14 mai, j'enlevai le pansement et explorai la dent, j'y trouvai encore de la sensibilité due à quelques tronçons de filets radiculaires qui n'avaient pas été complètement enlevés lors de la première intervention.

Les douleurs ne disparurent pas encore complètement et ce n'est que quelques jours après, lorsque j'eus enlevé encore quelques très petits débris pulpaires au niveau de l'apex, que les douleurs disparurent

enfin d'une façon complète et que le Dr B., suivant son expression, se sentit enfin revivre. J'obturai la dent, les douleurs n'ont jamais reparu.

L'engrènement de la dent malade étant normal, la cause indiquée dans l'observation précédente ne peut donc être invoquée pour expliquer l'altération de la pulpe dans ce cas ; je crois que la cause peut en être trouvée dans des troubles trophiques dûs à l'irritation occasionnée par l'étendue considérable de la carie, troubles analogues à ceux que l'on observe dans la calcification pulpaire.

Observation III.

L'observation qui va suivre concerne encore le Dr B., malade qui a fait l'objet de l'observation précédente et qui, malheureusement pour lui, a présenté une seconde fois des accidents pulpaires dans une autre dent, mais par un mécanisme tout à fait différent de celui qui s'était produit dans le cas précédent.

Depuis un an, le Dr B. était tranquille et ne pensait plus à ses névralgies passées, quand subitement, un beau jour, après le repas, il fut pris d'une violente douleur dans la seconde grosse molaire inférieure gauche. Cette douleur passa très vite, puis revint de temps en temps, durant quelques minutes. Au bout de peu de temps la douleur s'irradia dans toute la mâchoire inférieure gauche et devint continue avec exacerbations après les repas. Le malade s'aperçut que l'eau froide calmait presque instantanément la douleur, mais ce calme durait 30 ou 40 secondes et était suivi d'une exacerbation atroce. Les crises devinrent de plus en plus fréquentes, horriblement douloureuses pendant une demi-heure après chaque repas.

C'est dans ces conditions que le Dr B. revint me voir en mai 1910. Les douleurs cette fois encore siégeaient du côté gauche, mais avec prédominance dans la mâchoire inférieure et, point de départ apparent, dans la seconde grosse molaire inférieure.

La première grosse molaire supérieure gauche, objet de ma précédente intervention, était en parfait état et il ne s'était pas produit de modifications apparentes dans la bouche depuis un an.

Les dents de la mâchoire supérieure ne présentaient aucune sensibilité à la percussion. A la mâchoire inférieure, la percussion longitudinale ne provoquait aucune sensibilité notable dans les diverses dents. La percussion transversale par contre provoquait une légère sensibilité dans la seconde grosse molaire. Cette dent réagissait assez vivement au froid provoqué par le stypage au chlorure d'éthyle. Elle était exempte de carie et portait une petite aurification de la face triturante faite cinq ans auparavant. La gencive paraissait saine à son niveau, la dent n'était pas ébranlée et n'avait pas de suppuration au collet.

La constatation de cette sensibilité au froid et à la percussion transversale nettement localisée dans cette dent, avec coïncidence des dou-

leurs névralgiques violentes que je viens d'indiquer du même côté, me fit porter le diagnostic d'altération pulpaire de la seconde grosse molaire inférieure gauche sans que je pusse toutefois assigner à celle-ci une cause plausible; ce n'est qu'au cours du traitement, comme on va le voir, que je devais la trouver.

Ayant observé les mêmes symptômes que la veille lors d'un second examen pratiqué le lendemain, je trépanai la seconde grosse molaire; la dentine n'avait pas de sensibilité notable et je pénétrai dans la chambre pulpaire dont le contenu était peu sensible, la pulpe était en effet détruite dans sa partie distale et ne conservait de vitalité que dans sa partie mésiale.

Les deux canaux mésiaux étaient remplis par des filets radiculaires vivants, le canal distal ne contenait plus au contraire qu'un filet pulpaire en pleine décomposition et exhalant une horrible odeur *sui generis*.

Cette constatation fut pour moi un trait de lumière, je me souvins alors d'un fait qui s'était produit cinq ans auparavant et qui m'était sorti de la mémoire.

Lorsque j'avais soigné cette dent autrefois, pour un deuxième degré très net et très peu profond, j'avais remarqué que cette molaire, qui se trouvait être terminale sur la mâchoire par suite de l'absence congénitale de la dent de sagesse, présentait à la partie distale un bourrelet gingival un peu accentué dont le nettoyage était malaisé pour le patient et dans lequel s'accumulaient facilement les débris alimentaires. Je nettoyai à ce moment ce cul-de-sac gingival, assez analogue à un cul-de-sac de pyorrhée bien qu'on n'y constatât aucune suppuration, et, pour favoriser sa rétraction, je le détergeai au chlorure de zinc au 1/10.

Grâce à ce traitement, ce cul-de-sac gingival s'était en effet rétracté au point que, lorsque j'examinai mon malade, je ne remarquai rien d'anormal de ce côté; mais lorsque, après avoir observé la marche de la destruction pulpaire, je me souvins de ces antécédents, j'explorai la gencive à la face distale et je constatai que, bien qu'il n'y eût pas de suppuration, il y avait dénudation de la racine distale sur une faible largeur, mais sur toute sa hauteur et que, comme le montrait l'état de la pulpe, c'était par cette voie rétrograde que s'était faite l'infection.

La pulpe enlevée je procédai à la désinfection de la dent puis à son obturation, les douleurs névralgiques ayant totalement disparu après la pulpectomie.

Observation IV.

M. le Dr N., 45 ans, est pris en mars 1910 de douleurs un peu vagues dans la seconde grosse molaire inférieure gauche, cette dent est un peu déviée en avant par suite de l'absence de la première

grosse molaire enlevée depuis longtemps, elle ne présente pas de mobilité notable, pas de sensibilité à la percussion longitudinale, mais un peu à la percussion transversale. La gencive est normale à son niveau, il n'y a pas de suppuration au collet, mais un espace un peu anormal entre cette dent et la dent de sagesse au niveau duquel s'est fait un petit abcès gingival dix-huit mois auparavant. Je conseille de tenir cette dent en observation en raison d'altérations pulpaires possibles.

Huit jours après, le Dr N., souffrant de violentes névralgies vient me trouver et je constate les mêmes symptômes que précédemment. Je fais immédiatement une trépanation de la dent avec anesthésie novocaïnique et trouve la pulpe en grande partie vivante dans sa partie mésiale avec les deux filets radiculaires mésiaux vivants. Le filet distal au contraire est en pleine décomposition.

Je trouve comme dans le cas précédent une dénudation longitudinale de la racine distale s'étendant jusqu'à l'apex et c'est par cette voie que s'est faite l'infection.

La dent est désinfectée et obturée, les douleurs ayant cessé dès la pulpectomie effectuée.

Observation V.

M. C., 38 ans, est atteint de pyorrhée alvéolaire au niveau de la première grosse molaire supérieure gauche, cette affection reconnaissant notamment pour cause l'absence de la seconde prémolaire extraite antérieurement et qui a entraîné la déviation en avant de la grosse molaire. La dent est exempte de carie, peu ébranlée et présente de la suppuration au niveau de la racine mésiale.

Je traite la pyorrhée et pose un petit bridge avec un inlay dans la grosse molaire pour immobiliser cette dent dont la pulpe était vivante.

Un mois après, mon malade souffre du froid dans cette molaire, puis éprouve à son niveau des douleurs continues qui deviennent très violentes. Il revient me trouver; les douleurs étaient très nettement localisées à la première grosse molaire qui était sensible au froid et à la percussion.

Je trépanai la dent avec anesthésie novocaïnique et une odeur putride se dégagea dès que je pénétrai dans la chambre pulpaire où je trouvai la pulpe en décomposition, mais encore vivante dans la racine palatine; dans le canal mésial très étroit elle était complètement détruite, le canal distal était oblitéré par une formation de dentine secondaire.

La pulpe enlevée les douleurs cessèrent complètement, la dent fut ensuite désinfectée et obturée quelques jours après.

L'infection pulpaire s'était donc faite, dans ce cas, par l'apex de la racine mésiale atteint par la pyorrhée.

Observation VI.

M. E. de R., 40 ans, vient me trouver au mois de juillet 1910 souffrant du côté droit de la face de violentes douleurs névralgiques qui l'empêchent de dormir et reviennent par crises intolérables.

Ce malade a toutes ses dents, elles sont exemptes de carie ou portent des obturations en bon état, mais sont toutes atteintes de pyorrhée; celles du haut ayant été très minutieusement traitées pour cette affection par un confrère ont le collet dénudé mais en bon état. Il souffre dans la région des prémolaires supérieures droites et ces deux dents, ainsi que la première grosse molaire et la canine, sont extrêmement sensibles à la percussion. La première prémolaire a une teinte grisâtre caractéristique d'altération pulpaire, les autres dents ont une coloration normale. Je fais la trépanation de la première prémolaire, la pulpe paraît totalement détruite et je laisse la dent complètement débouchée.

Le lendemain, le malade revient, se plaignant de souffrir aussi violemment qu'auparavant; toutes les dents de la région sont aussi sensibles que la veille à la percussion. Je nettoie à fond les canaux de la dent trépanée et je constate alors que, si le canal externe est complètement vide, il y a par contre quelques très petits vestiges de pulpe au fond du canal interne. En raison de ce qui s'était produit dans l'observation II je pense pouvoir attribuer à ces vestiges la cause des douleurs persistantes. Je fais le curage complet du canal et, le lendemain, le malade revient me trouver ravi, ayant retrouvé le repos qu'il avait perdu ; la sensibilité à la percussion a disparu dans toutes les dents de la région malade.

La dent désinfectée est ensuite obturée, les douleurs n'ont pas reparu depuis.

Observation VII.

Mme F., 30 ans, a toutes ses dents correctement rangées, elles sont d'assez mauvaise qualité et un grand nombre d'entre elles sont obturées. Cette dame se plaint de souffrir assez vivement au contact du froid dans la première grosse molaire inférieure gauche. Cette dent présente une grosse obturation à l'amalgame de la face triturante; l'obturation, qui a été faite il y a de longues années par un confrère, paraît en bon état. La percussion longitudinale ne provoque aucune sensibilité dans les dents de la région; à la percussion transversale la malade accuse une très légère sensibilité dans la molaire incriminée. Le froid à l'aide du stypage donne une réaction nette sur cette dent, alors qu'il ne provoque rien sur les dents voisines.

J'obture une petite carie du 2e degré de la première prémolaire voisine et je renvoie ma malade, qui habite la province, à quelque temps de là.

Deux mois après, la malade revient se plaignant d'une sensibilité de plus en plus vive au froid, sensibilité qui entrave l'alimentation. Je constate les mêmes symptômes, très légère sensibilité à la percussion transversale, sensibilité très vive, plus que précédemment, au froid.

Le caractère de ces douleurs, leur date récente comparée à l'ancienneté de l'obturation en bon état apparent me font penser à une altération pulpaire par trouble trophique plutôt qu'à une pulpite par carie secondaire.

J'enlève l'obturation et je trouve la cavité assez étendue et formée d'un ivoire résistant, bien calcifié, sans communication de la pulpe avec l'extérieur.

Je trépane la chambre pulpaire, la pulpe est vivante, mais présente des noyaux dentinaires au niveau du canal mésio-interne et dans le canal distal. J'enlève la pulpe et le lendemain, toute sensibilité ayant disparu, je réobture les canaux et la dent.

Comme dans l'observation II il s'agit de troubles trophiques déterminés par une réaction trop vive de la pulpe à une obturation en apparence parfaite.

*
* *

Me proposant de traiter surtout la symptomatologie et le diagnostic des altérations pulpaires sans carie à la période d'évolution, je n'ai pas l'intention d'étudier ici les causes et le mécanisme de ces altérations qui ont été bien étudiés par M. Siffre [1] et par M. Jossu [2] dans d'intéressants travaux. Cependant je crois qu'il y a quelques enseignements à retirer à ce sujet des observations que j'ai relatées.

L'influence du traumatisme aigu est trop facile à comprendre pour qu'il soit utile de s'y arrêter, je n'ai du reste cité aucune observation de ce genre ; c'est là une cause banale. Le traumatisme chronique est beaucoup plus intéressant ; en effet les modifications qu'il détermine dans la pulpe sont infiniment plus lentes à se produire que dans le traumatisme aigu et elles ne s'accompagnent pas, comme dans celui-ci, d'une gangrène foudroyante en masse de l'organe, mais déterminent au contraire des transformations moléculaires de la

1. A. Siffre. *La mortification de la pulpe dentaire sans carie.* Association française pour l'avancement des sciences. Session de Clermont-Ferrand, 1908.
2. A. Jossu. *Sur la mortification de la pulpe dentaire d'apparence spontanée et ses complications.* Thèse de Paris, 1908.

pulpe, soit aux dépens des éléments spécifiques de l'organe sous forme de calcification pulpaire, soit aux dépens des éléments conjonctifs, nerveux ou vasculaires ou bien plutôt aux dépens de tous ces éléments à la fois, certains de ceux-ci réagissant plus vivement dans un cas, certains autres dans d'autres cas. Je pense que les pulpites par traumatisme chronique sans mise à nu de l'organe doivent plutôt être rangées dans les pulpites de nature tropho-vasculaires. C'est à une de ces pulpites que j'ai eu affaire dans l'observation I.

Si la cause est différente, le mécanisme toutefois paraît être le même lorsque la pulpite est produite par la réaction excessive de l'organe central de la dent, soit par irritation thermique, soit par irritation chimique, dans les vastes caries obturées comme dans les observations II et VII et comme dans l'observation que j'ai donnée il y a un an à la Société d'Odontologie sur un cas de calcification pulpaire totale chez un jeune sujet. Je mets bien entendu en dehors de ce cadre les destructions pulpaires rapides où, comme dans le traumatisme aigu, la pulpe est frappée d'une nécrose rapide et en masse à la suite d'une obturation ; je n'envisage que les causes d'irritation chroniques, non les causes aiguës.

Dans les altérations pulpaires que j'étudie, l'infection par voie rétrograde de la pulpe est une des causes que l'on rencontrera fréquemment, ce sont les cas les plus nombreux parmi ceux que j'ai trouvés.

C'est la pyorrhée alvéolaire qui est la cause la plus habituelle de ces infections rétrogrades ; cependant dans les observations III et IV, s'il y avait eu décollement gingival, celui-ci ne s'accompagnait pas du complexus symptomatique que nous avons coutume d'observer dans la périodontite expulsive.

Au sujet de cette cause d'infection pulpaire je tiens à faire ressortir un point intéressant.

On sait que, parmi les dents frappées de mortification pulpaire sans carie, ce sont les dents antérieures, *dents uniradiculaires,* qui sont le plus fréquemment atteintes. Pour les mortifications pulpaires par infection rétrograde,

ce sont au contraire les dents multiradiculaires qui sont presque uniquement atteintes en raison du mécanisme même qui produit cette complication.

En effet, pour que s'effectue l'infection rétrograde dans la pyorrhée il faut, de toute nécessité, que l'apex de l'une des racines soit dénudé complètement. Or, dans la pyorrhée, quand pareil état de choses se produit dans une dent uniradiculaire, celle-ci a perdu à peu près tout moyen d'attache avec le maxillaire et elle tombe spontanément. Aussi l'apex, dans les dents uniradiculaires, est-il le point qui résiste le dernier à la maladie et l'on en voit la preuve par la persistance de la sensibilité thermique d'incisives ou de canines atteintes de pyorrhée à la dernière période, preuve évidente que la pulpe est vivante dans ces dents et que leur apex n'est pas encore complètement dénudé [1].

Mais si cette dénudation totale de l'apex ne peut se produire dans une dent uniradiculaire sans entraîner généralement la chute de la dent, il n'en est pas de même dans les dents multiradiculaires. La pyorrhée en effet ne frappe généralement pas les diverses racines de la dent avec la même intensité ; une seule de ces racines peut se trouver atteinte, les autres restant indemnes, en sorte que la dent, soutenue par une ou deux racines saines ou peu malades, peut continuer à persister dans la bouche avec une solidité parfois très grande, bien que l'une des racines soit dénudée jusqu'à l'apex par lequel se produit l'infection pulpaire rétrograde, la vitalité pulpaire persistant encore parfois assez longtemps dans les racines restées saines.

C'est ce dernier mécanisme qui est intervenu dans les observations III, IV et V.

La pyorrhée cependant me paraît susceptible de déterminer parfois des pulpites par un mécanisme différent et qui sembleraient plutôt ressortir à des troubles généraux tropho-vasculaires qui accompagnent cette affection. Bien que j'attende encore d'avoir réuni un plus grand nombre de

---

1. Cette constatation, soit dit en passant, infirme la théorie qui voudrait que la pyorrhée débutât à l'apex et non au collet.

faits pour vous apporter des affirmations plus précises à ce sujet, je pense que certaines crises aiguës de polyarthrite sans suppuration notable ne sont pas autre chose que des pulpites dues à ces troubles tropho-vasculaires dont je viens de vous parler.

Voici à ce sujet une courte observation parmi les quelques cas que je commence à rassembler à ce sujet.

Observation VIII.

M. Cl., 60 ans, est atteint de pyorrhée généralisée qui a entraîné la perte d'une partie de ses grosses molaires ; toutes les dents antérieures y compris les prémolaires existent et ont de la pyorrhée plus ou moins marquée, mais avec un ébranlement assez faible. Ce malade, que j'avais vu quelques mois auparavant, vient me trouver pour des douleurs très violentes qu'il ressent depuis quelques jours au niveau de la première prémolaire inférieure gauche. Cette dent exempte de carie est très douloureuse à la percussion, sensible au froid et plus mobile que ses voisines ; la gencive est rouge, enflammée, mais non tuméfiée, elle est douloureuse à la pression et celle-ci ne fait pas sourdre de pus au collet, mais seulement un peu de liquide sanieux. Avec une sonde introduite le long du collet on constate la présence d'un cul-de-sac gingival s'étendant jusqu'à la partie moyenne de la racine. L'engrènement de cette dent avec les antagonistes est normal.

Bien que ce fussent surtout des phénomènes de polyarthrite aiguë que parût présenter ce malade, je pensai que, comme je le disais plus haut, tous ces phénomènes pouvaient n'être dus qu'à une dégénérescence de la pulpe et, en conséquence, je trépanai la dent et trouvai une pulpe encore vivante, mais d'une sensibilité qui semblait cependant moins grande que la normale. J'enlevai cette pulpe et deux heures après les douleurs disparurent, la dent restant toutefois sensible à la pression encore pendant quelques jours. Je désinfectai ensuite le canal et dix jours après j'obturai la dent qui depuis s'est très bien comportée.

J'ai été particulièrement heureux de ce résultat, car cette dent me paraissait atteinte d'une de ces formes de polyarthrite aiguë rebelle à tous les traitements et pour lesquelles je recourais d'ordinaire à l'extraction.

*
* *

Quoi qu'il en soit de la pathogénie des altérations pulpaires sans carie, il est un point qui intéresse plus parti-

culièrement le praticien, c'est la symptomalogie de cette affection qui lui permettra de la reconnaître et de lui appliquer un traitement judicieux. C'est cette symptomatologie que je voudrais essayer de dégager de l'ensemble de mes observations.

Je tiens à préciser encore une fois que je ne m'occupe dans cette étude symptomatologique que des altérations pulpaires en voie d'évolution et non à la période de gangrène totale.

Ainsi qu'on a pu le voir, les symptômes subjectifs jouent généralement un rôle très important ; les symptômes objectifs sont au contraire assez peu marqués et délicats à reconnaître.

C'est toujours la douleur qui attire l'attention du malade sur son affection. Cette douleur, légère au début, peut devenir extrêmement violente et diffuse au bout de quelques jours ou revêtir un caractère névralgique qui, avec l'état d'intégrité apparente des dents, peut amener facilement des erreurs de diagnostic.

Un point que je tiens à signaler, c'est la localisation précise que les malades que j'ai observés ont presque toujours faite au début de leur maladie. Alors que plus tard les douleurs pourront s'irradier à toute la face sans pouvoir être localisées d'une façon précise, le malade, au début, ressent très nettement ces douleurs dans la dent causale, contrairement à ce qui se passe souvent pour les pulpites consécutives à la carie. Sans que cette indication ait une valeur absolue, c'est néanmoins un guide dont on devra tenir compte dans une certaine mesure dans la recherche de la dent causale.

La maladie débute assez brusquement, le malade perçoit un jour une sensibilité assez vive généralement au froid dans une dent jusque-là insensible, dent qu'il précise généralement d'une façon très nette. Ces douleurs ne s'observent d'abord qu'au moment des repas et sont provoquées par des changements de température ; peu à peu elles augmentent d'intensité, puis, au bout d'un temps variable, quel-

ques jours, quelques semaines, parfois plus, elles peuvent s'irradier dans tout un côté de la face n'ayant plus de localisations précises. Les douleurs se produisent alors par accès le jour comme la nuit, sans provocation apparente, sans que les mouvements de mastication paraissent avoir d'influence sur elles. Les dents restent toujours plus ou moins sensibles au froid.

Ces douleurs ne sont pas des douleurs fulgurantes comme dans la névralgie faciale, elles sont moins vives, mais plus profondes, il semble à certains malades que leur dent va éclater.

A l'inspection de la bouche on ne constate le plus souvent rien d'anormal à moins que la mortification pulpaire ne soit totale et ancienne, auquel cas la dent a la teinte grisâtre caractéristique des dents à pulpe morte, mais ces cas sont plus souvent en dehors de ceux que j'étudie, voir cependant l'observation VI.

La percussion est le mode d'exploration qui fournira les indications les plus utiles ; elle devra être pratiquée avec grand soin et étudiée par comparaison sur les différentes dents de la région, car la sensibilité qu'elle provoque est généralement très légère et ne peut s'établir que par comparaison.

Il convient de faire une différence suivant que la percussion s'exerce dans le *sens longitudinal* des dents ou dans le *sens transversal.* A la période de début, la percussion longitudinale ne révèle aucune différence entre les dents, seule la percussion transversale de la couronne permet de déceler quelque différence. En voici la raison : dans la percussion longitudinale le choc est ressenti par l'apex de la dent et le ligament radiculaire ; par conséquent, si celui-ci est indemne, cette exploration ne provoquera aucune sensibilité dans la dent. Dans la percussion transversale de la couronne, le ligament n'est pas impressionné, mais les vibrations imprimées à la dent par le choc sont transmises très nettement à la pulpe. Si cet organe est sain, ces vibrations ne déterminent aucune douleur; si au contraire il est en-

flammé, même légèrement, elles détermineront une légère sensibilité que le malade saura le plus souvent reconnaître si on lui fait établir une comparaison entre la dent incriminée et les dents contiguës.

Donc, à la période de début, la dent dont la pulpe est altérée présente *à la percussion transversale* une légère sensibilité comparativement avec les dents voisines; la percussion longitudinale ne donne généralement pas de différence.

Au contraire, lorsque les lésions sont plus avancées, dans les pulpites rétrogrades par exemple, on peut observer de la sensibilité de la dent à la percussion longitudinale concurremment avec la sensibilité à la percussion transversale qui, elle, ne manque presque jamais.

La sensibilité au froid est très vive dans la dent malade; pour la déceler le meilleur moyen est le stypage au chlorure d'éthyle : on projette du chlorure d'éthyle ou du coryl sur un petit tampon d'ouate qu'on applique successivement sur les différentes dents de la région et cette exploration détermine ordinairement une douleur vive dans la dent dont la pulpe est altérée.

La sensibilité de l'ivoire à l'excision ou à la trépanation de la dent n'a qu'une valeur très relative pour apprécier l'état de santé de la pulpe, car, si cette sensibilité indique que cet organe n'est pas complètement détruit, elle ne prouve pas qu'il n'est pas en voie de désorganisation ; il en est de même de la sensibilité de la pulpe, car celle-ci, comme on l'a vu par plusieurs observations, peut être sensible et néanmoins être le siège d'altérations graves puisqu'elles entraînent pour les malades qui en sont atteints des douleurs intolérables.

Tels sont les symptômes qu'il me paraît possible d'établir comme tableau clinique des altérations pulpaires sans carie à la période d'évolution. Ces signes sont assez minimes et demandent pour être constatés un examen assez minutieux; néanmoins, comme on peut le voir par les observations citées plus haut, ils m'ont suffi pour établir un diagnostic pré-

cis dont mon intervention thérapeutique couronnée de succès a été la confirmation évidente.

La méthode d'exploration électrique de la sensibilité pulpaire de Schroder bien étudiée par Cavalié serait un adjuvant utile du diagnostic dans ces cas et je regrette de n'avoir pu l'employer pour vérifier les données fournies par ces auteurs, données qui auraient vraisemblablement confirmé ce que les modes d'exploration dont je disposais m'ont fourni.

En terminant je tiens à faire remarquer qu'il ne convient pas de faire à la légère ces diagnostics un peu délicats ; aussi, avant de se livrer à une intervention opératoire directe, il convient de contrôler, par un ou plusieurs examens ultérieurs, l'exactitude et la persistance des phénomènes observés, constatations qui permettront d'agir avec le minimum de causes d'erreur.

*
* *

Je n'ai que peu de chose à signaler au sujet du traitement. Dans les altérations pulpaires que j'ai étudiées dans ce travail, la conservation de l'organe central de la dent ne saurait être conseillée, il faut au contraire pratiquer son extirpation. Pour cela la dent sera trépanée au lieu d'élection, la pulpe enlevée d'une façon complète, les canaux seront désinfectés s'il y a lieu et les canaux et la dent obturés après guérison.

Un point sur lequel j'appelle l'attention et qui est tout à fait remarquable dans mes observations II et VI, c'est que les filets radiculaires doivent être dans ces cas enlevés d'une façon absolument complète ; dans ces pulpes dégénérées, en effet, les plus petits tronçons radiculaires peuvent, par leur persistance dans les canaux, être la cause d'une persistance de douleur contre laquelle il importe d'être mis en garde.

NOUVEAU PROCÉDÉ D'EXTRACTION DE LA DENT DE SAGESSE [1].

Par A. Pont (de Lyon).

A l'heure actuelle, grâce aux progrès de la dentisterie conservatrice, on fait de moins en moins d'extractions. Aussi lorsqu'on veut traiter cette question on est presque obligé, avant d'entrer en matière, de s'excuser de traiter un pareil sujet. Mon excellent confrère et ami le docteur Nux, de Toulouse, dans un article très intéressant qu'il consacrait récemment à l'emploi des élévateurs, n'agissait pas autrement.

J'avoue que je n'éprouve pas les mêmes scrupules pour vous parler de l'extraction de la dent de sagesse et pour vous signaler un nouveau procédé que je crois avoir découvert et qui facilite singulièrement cette opération.

En effet, si nous pouvons obturer les dents et les racines les plus malades, c'est-à-dire celles qui sont atteintes de kystes ou qui ont provoqué des fistules, la dent de sagesse au contraire, par les lésions et les troubles pathologiques qui peuvent accompagner son évolution, doit être enlevée dans beaucoup de cas, même si la couronne est indemne de carie; il ne s'agit pas, en adoptant ici une expression humoristique de Diday, de vouloir toujours conserver la fonction, il faut avant tout conserver le fonctionnaire.

Malheureusement ce sont les dents de sagesse qui provoquent les troubles les plus graves, qui sont en général les plus difficiles à extraire. Je n'ai pas l'intention de vous énumérer ici toutes les causes qui rendent difficile l'extraction de la dent de sagesse, encore moins de vous énumérer tous les travaux qui ont paru sur cette question et tous les instruments qui ont été inventés. Je dirai simplement qu'on a employé tour à tour le davier ordinaire à bec de faucon, le davier

1. Communication faite à la Société d'Odontologie, le 1er mai 1911.

spécial pour dents de sagesse ; la langue de carpe est peut-être l'instrument le plus en faveur à l'heure actuelle, et certains se servent de ces daviers en forme de pince d'écrevisse qui agissent comme la langue de carpe et qui sont destinés à la remplacer. Malgré, et peut-être à cause du grand nombre de ces instruments, l'extraction de la dent de sagesse reste, dans la plupart des cas, une des opérations les plus difficiles que nous ayons l'occasion de pratiquer dans notre spécialité. Pour ma part, je proposais autrefois presque toujours l'anesthésie générale, et non pas simplement une anesthésie de courte durée, mais une anesthésie à l'éther, car souvent une extraction de dent de sagesse qui, même au clinicien le plus expert, paraît devoir être facile, demande au contraire 15 à 20 minutes de pénibles efforts. A côté de ces cas difficiles, il arrive quelquefois que l'extraction de la dent de sagesse est impossible avec l'emploi de nombreux instruments que nous avons à notre disposition. Voici d'ailleurs ce que l'on dit à ce sujet dans le « Dental Text-Book of Dentistry » dont notre collègue le Dr Lemière nous a donné une si belle traduction :

« Dans un cas, une partie de la couronne de la troisième » molaire inférieure fut brisée par une tentative d'extraction » laissant la pulpe à découvert. Par un examen soigneux à » l'excavateur, on découvrit que les cuspides antérieures » étaient encastrées dans la portion concave de la surface » distale de la seconde molaire et qu'elles étaient si profon» dément enfoncées dans les tissus qu'il n'était pas possible » d'employer un disque de carborundum pour les enlever. » Le patient fut éthérisé, on plaça un ouvre-bouche et une » partie du tissu mou fut enlevée avec un petit bistouri. » L'ostéotome rotatif en spirale fut placé dans la cou» ronne brisée ou dans la chambre pulpaire enlevant pres» que tout ce qui restait de la couronne. Puis, passant la » pointe de l'ostéotome sous la couronne entre elle et l'os, » on détermina un espace à la fois dans l'os et dans la » dent qui permit d'introduire la pointe de l'élévateur. »

Avant de vous décrire mon nouveau procédé d'extraction de

la dent de sagesse, je voudrais vous exposer quelques considérations d'anatomie topographique, pour vous montrer clairement pourquoi cette méthode est plus rationnelle et, partant, plus facile que celles employées jusqu'ici.

Si sur un squelette nous examinons la région alvéolodentaire de la troisième molaire inférieure, nous constatons que la dent est bordée par des parois alvéolaires très épaisses en dehors, vers la paroi jugale, et en arrière, vers la région montante ; au contraire, du côté interne, la paroi alvéolaire linguale ressemble à une mince feuille de parchemin et je l'ai toujours trouvée translucide, presque transparente sur tous les maxillaires inférieurs que j'ai pu examiner. Or, avec les daviers nous luxons la dent du côté externe et avec la langue de carpe nous la faisons basculer d'avant en arrière, c'est-à-dire dans l'un et l'autre cas toujours vers la partie la plus épaisse et la plus résistante de l'alvéole. La langue de carpe présente en outre l'inconvénient de nécessiter un point d'appui sur la deuxième molaire et bien souvent celle-ci est ébranlée ou bien encore sa couronne est plus ou moins ébréchée pendant les manœuvres de l'opération. Si la première molaire manque, ces accidents sont encore plus à redouter malgré le petit procédé bien connu qui consiste à placer un coin entre la deuxième molaire et la deuxième prémolaire. Enfin l'emploi de la langue de carpe n'est plus possible lorsqu'il s'agit d'une dent de sagesse découronnée ou bien n'ayant plus que sa face mésiale. Il en est de même pour les dents de sagesse incluses ou qui évoluent horizontalement et qui montrent à peine leurs cuspides postérieures à fleur de gencive immédiatement en arrière de la deuxième molaire. C'est à ces cas semblables que je faisais allusion en disant que, pour eux, je conseillais autrefois l'anesthésie à l'éther et il m'est arrivé une fois, après une demi-heure d'efforts, d'être obligé de renoncer à l'opération n'ayant pas pu seulement ébranler la dent de sagesse et ne voulant pas, comme le conseillent encore quelques auteurs, enlever la deuxième molaire à défaut de la troisième.

L'examen ostéologique nous montre donc que la paroi

alvéolaire interne est la plus mince et la plus facilement dépressible, tandis que la paroi jugale est la plus épaisse et la plus résistante. J'ai pensé qu'il était plus rationnel de luxer la dent en dedans en prenant point d'appui sur la paroi alvéolaire externe. L'extraction est ainsi plus facile et l'on risque moins de fracturer l'alvéole. Pour cela j'ai fait construire par la maison Ash un élévateur qui ne diffère pas sensiblement des élévateurs droits que nous employons tous habituellement. L'extrémité arrondie de l'élévateur doit toujours être très coupante afin de faire ce que Chompret a appelé la syndesmotomie et afin de pénétrer plus facilement entre l'alvéole et la racine.

Voici maintenant les divers temps de l'opération :

1° *Position du patient :* Celui-ci, comme pour toutes les dents du bas, sera assis aussi bas que possible, le buste et la tête droits ;

2° *Position de l'opérateur :* Pour le côté gauche l'opérateur se placera en avant et en face de son malade. Pour la dent de sagesse droite, un peu en arrière et à droite, le bras gauche entourant la tête du patient. Là on immobilisera entièrement le maxillaire inférieur entre le pouce et les quatre derniers doigts de la main gauche ;

3° *Technique de l'opération :* On prend l'instrument à pleine main en allongeant seulement l'index dont l'extrémité devra venir presque toucher la partie terminale et coupante de l'élévateur et afin de prendre un point d'appui soit sur les parties molles, soit sur les parties dures avoisinantes pour éviter tout dérapage de l'instrument.

On insinue alors l'extrémité de l'instrument entre la racine et la paroi alvéolaire jugale et l'on enfonce l'instrument en dédolant. Lorsque l'instrument a pénétré de 7 à 8 mm. environ on fait basculer le manche de l'élévateur en dehors vers la joue et immédiatement on voit la dent se luxer en dedans vers la paroi jugale. La dent tombe alors toute seule ou bien on finit de l'extraire avec le doigt ou le davier. Dans certains cas même il est inutile de faire le mouvement de luxation, car à mesure que l'on enfonce l'élévateur la

dent est énucléée comme un noyau de cerise pressé entre les doigts. On pourrait craindre de voir la dent tomber dans le pharynx ou dans les voies respiratoires. Il est facile d'éviter cet accident en appuyant légèrement l'extrémité de l'index de la main gauche sur la dent pendant les manœuvres de luxation. Depuis que j'emploie ce procédé j'ai eu l'occasion d'enlever ainsi environ 30 dents de sagesse. Dans tous ces cas l'extraction a été très facile et en général a demandé moins d'une minute. J'ai même pu enlever en faisant une simple anesthésie locale la dent de sagesse à laquelle je faisais allusion tout à l'heure et qui, malgré une anesthésie à l'éther, avait résisté à une demi-heure d'efforts. Ce procédé n'a pas la prétention de remplacer totalement les méthodes d'extraction par le davier ou la langue de carpe, car beaucoup de dents de sagesse sont enlevées très facilement au moyen de l'un ou l'autre de ces instruments; mais dans les cas difficiles je crois que mes confrères se trouveront bien de l'emploi de l'élévateur et je ne saurais trop leur conseiller d'adopter cette méthode.

Voici, résumées, quelques observations d'extractions que j'ai pratiquées par ce procédé ; je ne signalerai que celles où l'emploi de la langue de carpe ou du davier aurait été très difficile, sinon contre-indiqué ou impossible. J'ai pu conserver la plupart de ces dents, vous pourrez ainsi vous rendre compte plus facilement des difficultés de ces diverses interventions.

Observation I.

Mme D... Dent de sagesse inférieure gauche obturée depuis longtemps et présentant actuellement des symptômes d'arthrite alvéolo-dentaire avec trismus et léger empâtement de la région sous-maxillaire. Impossibilité de se servir de la langue de carpe parce que l'évolution de la dent était incomplète et que la partie visible de la paroi mésiale était détruite par la carie. Extraction très facile à l'élévateur. 15 jours après la malade revient et demande l'extraction de la dent du côté droit.

Observation II.

Mme D.B... Dent de sagesse inférieure droite. Carie ayant détruit

toute la face distale et la moitié de la face triturante. Fistule vestibulaire, adénopathie sous-maxillaire, amygdalites à répétition ; essai d'extraction à la langue de carpe, fracture de la face mésiale. Extraction facile à l'élévateur des racines restantes.

Observation III.

Mme X... Ecole dentaire. Dent de sagesse inférieure gauche. Face externe absente, la face interne est également détruite par la carie sur une grande partie. La deuxième molaire présente une obturation disto-triturante. Avec la langue de carpe on risquait de détériorer l'obturation de la deuxième molaire et de fracturer ce qui reste de la couronne de la dent de sagesse. L'extraction par la méthode de l'élévateur est très facile.

Observation IV.

M. C... Dent de sagesse inférieure droite. Arthrite alvéolo-dentaire avec abcès volumineux. Trismus. Le malade m'est adressé par un confrère. Opération d'urgence avec anesthésie générale (5 cmc. chlorure d'éthyle). La dent était complètement découronnée. Pas de prise possible avec la langue de carpe ou le davier. Extraction facile et très rapide avec l'élévateur.

Observation V.

Mlle D... Dent de sagesse inférieure droite. Entièrement découronnée, pas de deuxième molaire. Léger trismus. Fluxion assez prononcée. Extraction facile à l'élévateur.

Observation VI.

M. C... 15 mars. Dent de sagesse inférieure droite. Légère douleur. Pas de trismus, mais en revanche adénite de la région carotidienne du volume d'une mandarine. La dent comme le montre la radiographie est couchée horizontalement et on aperçoit à peine immédiatement en arrière de la 2e molaire à fleur de gencive deux petits tubercules qui sont les cuspides postérieures de la dent. En soulevant la muqueuse à leur niveau on fait sourdre un pus jaunâtre et assez abondant. Cette extraction aurait été certainement très longue et très difficile par l'emploi de la langue de carpe. Dans un cas semblable j'aurais sûrement proposé autrefois une anesthésie générale à l'éther. Grâce au procédé de l'élévateur, et avec une simple piqûre de novocaïne, l'opération fut faite en moins d'une minute et pour ainsi dire sans douleur.

Observation VII.

Dent de sagesse inférieure droite extraite par le Dr Lobry, élève

à l'Ecole dentaire de Lyon. Dent presque entièrement découronnée principalement en arrière de la face mésiale, l'application de la langue de carpe ne donne aucun résultat. A l'aide de l'élévateur la dent est luxée très facilement puis enlevée au davier.

Observation VIII.

22 mars 1911. — Dent de sagesse inférieure gauche presque entièrement découronnée ; racines séparées, la deuxième molaire également n'a presque plus de couronne. Extraction très simple avec l'élévateur.

Observation IX.

Mme G... opérée le 28 mars 1911. — Troisième molaire inférieure gauche ayant provoqué à plusieurs reprises des poussées d'arthrite alvéolo-dentaire, la malade avait demandé l'extraction à son dentiste ordinaire ainsi qu'à un autre confrère et tous deux avaient refusé de l'opérer. Mme G... accuse de violentes douleurs et présente un léger trismus, une adénite et de l'empâtement au niveau de la région sous-maxillaire. Elle est très pusillanime et réclame l'anesthésie générale. On fait respirer 5 cmc. de chlorure d'éthyle. J'en profite pour enlever en outre deux autres racines au maxillaire supérieur. La dent de sagesse toute découronnée et à peine visible est énucléée très facilement et très rapidement à l'élévateur.

Observation X.

8 avril. — Troisième molaire inférieure gauche entièrement découronnée. Pas de première molaire ; deuxième molaire branlante. Anesthésie locale. Extraction indolore et rapide.

Observation XI.

Troisième molaire inférieure gauche entièrement saine, mais très déviée en dehors vers la joue. La dent fut énucléée très facilement.

Observation XII.

Mlle E... 12 avril. — Dent de sagesse inférieure gauche provoquant depuis un an des stomatites et des adénites sous-maxillaires. L'évolution est incomplète et les cuspides à peine visibles. On ne sectionne même pas la muqueuse au bistouri, car l'élévateur pénètre sans peine et l'extraction se fait très facilement.

Observation XIII.

13 avril. — Dent de sagesse inférieure droite, découronnée, tentative d'extraction il y a quatre ans sans succès malgré une anesthésie à l'éther. Ce qui reste de la dent est à peine visible. La première mo-

laire présente une couronne en or. Anesthésie locale. Extraction facile et sans douleur.

Observation XIV.

Mlle Ch... de Montpellier, 14 avril 1911. — Dent de sagesse inférieure droite fracturée il y a 15 jours par un confrère. Les racines restantes sont invisibles. Léger trismus ; adénopathie et fluxion sous-maxillaire. Douleur très vive. Anesthésie à l'éther : extraction très facile ayant demandé à peine deux minutes.

En résumé ce nouveau procédé d'extraction de la dent de sagesse, basé sur l'anatomie topographique de la région alvéolo-dentaire, est très facile et très simple. Elle peut être employée dans tous les cas ; elle est d'une très grande utilité lorsque le davier ou la langue de carpe ne peuvent pas être utilisés. Il suffit d'avoir à sa disposition, lorsque l'élévateur spécial manque, un élévateur droit ordinaire, mais à bords tranchants. On insinue suivant l'axe de la dent l'extrémité coupante de l'élévateur entre la racine et la paroi jugale de l'alvéole et lorsque l'instrument a été enfoui suffisamment on luxe en dedans.

D'après les observations qui précèdent et d'après la démonstration pratique que j'ai faite hier, on a pu se convaincre que l'anesthésie locale est presque toujours suffisante.

REVUE DES REVUES

SUR UN MAMMIFÈRE ONGULÉ FOSSILE DE PATAGONIE DÉCOUVERT DERNIÈREMENT : HOMALODONTOTHÉRIUM

PAR WILLIAM HENRY FLOWER, F. R. S.

Traduction de Ch. Bennejeant, D. E. D. P.

Les dépôts tertiaires de la côte est de Patagonie, qui se prêtèrent aux recherches de Darwin et de l'amiral Sullivan sur d'intéressants mammifères aberrants comme le Macrauchenia, le Nesodon et le Toxodon, ont encore révélé une nouvelle forme remarquable de la vie animale fossile.

La preuve sur laquelle repose l'existence de ce nouveau genre consiste en une disposition analogue des dents et de quelques fragments d'os, découverts sur le banc de la rivière Gallegos, par Robert O. Cunningham [1], naturaliste de Sa Majesté à bord du « Nassau », chargé pendant le voyage d'examiner le détroit de Magellan et la côte ouest de Patagonie en 1866, 1867, 1868 et 1869. Le lieu fut visité conformément aux instructions reçues avant de quitter l'Angleterre : faire des fouilles dans un dépôt d'os fossiles découvert par l'amiral Sullivan et l'hydrographe du navire, le contre-amiral G. H. Richards, quelques vingt ans auparavant et dont Darwin, le prof. Huxley et d'autres naturalistes distingués désiraient un examen attentif [2].

Les conditions dans lesquelles les spécimens furent trouvés seront mieux comprises par l'extrait suivant de la narration du Dr Cunningham : « Rejoint par le steamer, qui de nouveau nous prit à la remorque, nous avancions progressivement lorsque nous arrivâmes vis-à-vis du premier dépôt de blocs tombés au pied de la falaise ; le bateau fut alors ancré dans le fleuve et, pendant que nous étayions le canot, nous débarquâmes les pics et marteaux géologiques pour notre travail. Après examen de la première accumulation de blocs, trouvant quelques petits fragments d'os dans le grès jaune mou duquel certains étaient composés, nous avançâmes sur la plage, examinant avec précaution la surface des falaises et les piles de fragments qui s'offraient ici et là à leur base. La hauteur des falaises variait considérablement et les portions les plus hautes avaient, en moyenne, soixante et un mètres s'étendant sur une distance d'à peu près dix-sept kilomètres ;

1. Maintenant professeur d'histoire naturelle au Queen's College, Belfast.

2. *Note sur l'Histoire Naturelle du Détroit de Magellan et la Côte Ouest de Patagonie*, 8 vol. 1871, p. 279.

elles étaient en voie de décomposition rapide, une pluie perpétuelle de petits morceaux descendait en plusieurs places et de nombreuses portions se détachaient de la couche originelle. Les stratifications les plus inférieures étaient régulièrement formées de grès avec concrétions; le milieu de grès jaune mou qui seul paraissait contenir des restes organiques et les supérieures d'un conglomérat de graviers et d'argile dure. Toute la portion inférieure des falaises, de même que tous les principaux dépôts de blocs tombés, furent examinés dans le cours de l'excursion et nous y rencontrâmes de nombreux petits fragments d'os ; de très nombreux spécimens de quelque importance se trouvèrent dans un tel état de délabrement qu'ils s'écroulèrent en morceaux, dès que nous essayâmes, bien qu'avec grand soin, de les séparer de la masse environnante. A ajouter que la matrice dans laquelle ils étaient noyés était si molle qu'elle ne put permettre de la briser dans aucune direction donnée. Le premier fossile de quelque forme rencontré fut un os long, saillant partiellement de la masse et mis en fragments dans le cours de mes efforts pour l'en détacher. A quelque distance de là, une portion qui parut être le scapulum d'un petit quadrupède avec une vertèbre et plus loin mon attention fut dirigée par M. Vereker vers une pièce d'os noir se projetant sur le côté du centre d'un large bloc.

Celle-ci fut soigneusement déplacée, au prix d'une grande somme de labeur, de la matrice l'entourant, par trois des officiers dont le zèle me donna l'aide la plus efficace dans mon travail, ce dont je leur serai toujours reconnaissant, car par la suite il fut prouvé que c'était un spécimen de valeur ; en le débarrassant soigneusement de la matrice quand nous retournâmes au bateau, je trouvai qu'il s'agissait du crâne d'un quadrupède de dimensions considérables, avec la dentition des deux mâchoires supérieure et inférieure à peu près complète. Comme aucun autre spécimen d'importance ne fut découvert, nous réembarquâmes à la fin de l'après-midi. »

La matrice sablonneuse de grès mou dans laquelle les spécimens sont enveloppés est très similaire à celle qui entourait les restes du Nesodon, trouvé dans la même localité par les amiraux Sullivan et Richards, vingt ans auparavant, mais moins dur et de couleur plus pâle. L'âge géologique dans les deux cas paraît être un sujet d'incertitude, mais ils sont probablement de date plus récente que les dépôts superficiels dans lesquels le Macrauchenia et le Toxodon avaient été trouvés.

Les spécimens furent placés par le Dr Cunningham pour l'identification et la description entre les mains du prof. Huxley qui, ayant été pris malheureusement par d'autres occupations, m'a chargé aimablement d'en présenter une description à la Société. Une mention fut déjà faite de leur existence dans l'adresse du professeur-président

à la Société géologique en 1870[1], où il y est fait allusion, sous la désignation générique appropriée d'Homalodonthérium, qu'avec une légère modification j'ai volontiers adoptée.

Quelque parfait qu'ait pu être le crâne au moment de sa découverte sur les bancs de la Gallegos, rien ne subsistait quand les spécimens me vinrent dans les mains, sauf des fragments d'alvéole autour des racines et une portion considérable des branches du maxillaire inférieur.

Les autres spécimens d'os reçus dans un état très fragmenté, imputable à la nature friable de l'os et de la matrice, n'offrent aucune preuve de la structure ou des affinités de l'animal ; d'autre part, les dents, dans un remarquable état de conservation, consistent en séries permanentes presque entières d'un animal arrivé à l'âge adulte, par conséquent, dans les meilleures conditions pour donner les caractères généraux de l'animal, autant que peut l'indiquer la structure dentaire d'un spécimen unique. Les dents manquantes sont quelques incisives inférieures et les grosses molaires postéro-supérieures. Comme tous les os du crâne à peu près ont disparu et qu'il a été nécessaire d'ajuster et de cimenter les dents en place[2], le nombre exact qui existait ne peut être donné avec absolue certitude ; mais je crois sans peine que l'animal possède le nombre typique complet de quarante-quatre et que, par conséquent, il manque quatre incisives à la mâchoire inférieure. Dans la série supérieure, il y en avait certainement onze de chaque côté. Comme les spécimens du Nesodon, ils ont acquis une couleur très foncée presque noire.

Toutes les dents ont des couronnes distinctement séparées, de longues racines coniques avec un cingulum bien marqué autour de leur base ; comparées avec celles de plusieurs ongulés ayant des dents à couronne distincte, elles sont hypselodontes, ou à longues couronnes, contrastant à cet égard avec les formes brachyodontes voisines, comme le Paleothérium, l'Anoplothérium, le Dichodon, l'Hyopotamus, etc.

Dans les deux mâchoires, elles sont en séries ininterrompues bien qu'en quelques endroits (spécialement à la région antéro-latérale de la bouche où les diastèmes sont si fréquents chez les ongulés actuels) elles soient si entassées qu'elles empiètent sur la ligne droite et se recouvrent l'une l'autre comme dans la mâchoire inférieure du Nesodon imbricatus. L'aspect des dents sur leurs deux faces et l'exact ajustement de leurs surfaces contiguës montrent qu'il s'agit d'une conformation naturelle. Elles sont, d'ailleurs, de hauteur très sensiblement égale dans toutes les séries et leur configuration, aisément tra-

1. *Quarterly Journal of the Geological Society*, vol. XXVI, p. 552.
2. Ceci fut fait par M. E. T. Newton, assistant du prof. Huxley à l'Ecole Royale des Mines.

cée dans les deux mâchoires, présente une transition remarquable et graduelle de la première incisive à la dernière molaire et cela de façon plus égale et plus régulière que chez les autres mammifères hétérodontes connus. En réalité, c'est seulement par analogie avec les autres formes qu'on peut les séparer en groupes commodes pour la description en incisives, canines, prémolaires et molaires. Elles sont donc instructives en ce qu'elles mettent en lumière l'homologie des parties composant les différentes dents dans les séries.

La surface émaillée, spécialement celle des molaires, n'est pas unie et polie, mais couverte par de fines réticulations s'entrecoupant, entourées de dépressions ou de fossettes superficielles. Il n'y a pas de couche distincte de cément coronaire.

Comme les dents sont dessinées dans les figures ci-jointes de grandeur naturelle, j'ai pensé inutile de donner des détails de mensuration.

Dents supérieures (Pl. XVI, fig. 1 et 4). — Les incisives augmentent légèrement de dimensions de la première à la troisième : chacune a une longue racine unique, conique et légèrement incurvée, un cingulum bien marqué à la base de la couronne s'étendant à la fois sur les faces externe et interne en une crête épaisse, en forme de croissant, légèrement échancrée sur le bord libre. La forme de la couronne de la première dent (*i* 1) ne peut être décrite avec exactitude, parce qu'elle est détériorée sur le côté gauche et que sa moitié antérieure [1] a été brisée à droite. Dans la deuxième dent (*i* 2) la surface externe de la couronne présente une forme irrégulière qui consiste en une crête médiane verticale convexe et une paire d'expansions latérales lamelleuses de longueur inégale, le bord postérieur de la dent étant beaucoup plus court que l'antérieur. Le bord libre distal de la dent est comprimé et l'apex est arrondi. La base de la couronne est à peu près aussi épaisse de dehors en dedans que sur les côtés. La surface interne est creusée près du bord coupant et, à sa base, par un volumineux tubercule arrondi, de telle sorte que la couronne de la dent peut être décrite comme formée d'un cuspide externe principal tranchant (*aec*) et d'un interne accessoire plus émoussé (*aic*) séparés par un sillon.

La troisième incisive (*i* 3) ressemble à la seconde, mais les expansions latérales lamelleuses de la couronne sont un peu plus développées.

La dent canine (*c*) diffère seulement de l'incisive postérieure par un peu plus de largeur et d'insignifiants détails de configuration. L'apex est plutôt pointu et conique, étant supporté par une crête médiane verticale, non seulement sur la surface interne, mais aussi sur la surface interne concave de la couronne ; le tubercule interne

---

1. Pour éviter la confusion, en décrivant les incisives j'applique les termes d'antérieure et de postérieure aux parties correspondant à celles occupant ces positions dans les molaires, externe et interne veulent toujours dire les faces labiale ou linguale des dents.

est relativement plus petit que le cuspide principal ; le cingulum est beaucoup échancré ; le bord postéro-interne de la couronne est émoussé comme par la pression des dents suivantes, caractère existant, quoique à un moindre degré dans les incisives.

La première prémolaire (*p* 1) a seulement une racine unique sur le côté le plus externe de la dent et une seconde sur le côté interne. Elle est quelque peu déplacée en dedans de l'arcade. La couronne est plus courte et moins pointue que celle de la canine, mais son cuspide interne est considérablement plus développé.

La seconde prémolaire (*p* 2) assume davantage la forme d'une molaire. Elle a deux racines externes (antérieure et postérieure) et, une racine distincte sur le côté interne. La paroi externe de la couronne est oblongue, environ deux fois aussi haute que large d'arrière en avant, avec un cingulum fortement marqué en croissant délicatement crété et tuberculé. Quoique la surface soit, en général, arrondie ou convexe d'avant en arrière, l'indication des deux crêtes verticales est donnée par une concavité entre elles ; la crête antérieure est plus visible et correspond évidemment à la crête unique développée dans les dents précédentes. Comme dans les incisives, canine et première prémolaire, il y a un lobe interne, mais il présente un plus grand degré de développement et sa surface libre déclive montre deux fortes crêtes ou colonnes, qui convergent en approchant de la surface triturante de la dent. Ces colonnes sont séparées de chaque autre par une dépression triangulaire, dont la base est traversée par le cingulum. Les surfaces antérieure et postérieure de la couronne sont émoussées et le cingulum se continue tout autour d'elles, quoique s'étendant sur une beaucoup moindre étendue que sur les faces externe et interne de la couronne. La surface triturante de la dent est à quatre bords, plutôt irrégulière, plus large extérieurement qu'à l'intérieur ; elle est composée d'une surface lisse, usée, de dentine avec un mince bord d'émail et est profondément excavée longitudinalement, les bords externe et interne se dressant de façon marquée, spécialement le premier. Près du milieu de cette zone, et par suite en arrière de l'angle antéro-interne se trouve une fossette ovale très profonde, placée obliquement, formée par une inflexion de l'émail qui couvre la surface externe de la dent, s'étendant en profondeur jusqu'à la base de la couronne, le grand axe de l'ovale dirigé d'avant en arrière et du côté interne. L'émail du bord externe de cette fossette est plissé.

Les troisième et quatrième prémolaires (*p* 3 et *p* 4) sont formées exactement sur le même principe que celles que nous venons de décrire. Elles présentent respectivement une légère augmentation de forme et le lobe interne de la couronne devient par conséquent graduellement plus large et, par suite, ses deux piliers plus largement

séparés l'un de l'autre. La quatrième prémolaire, en outre de la principale fossette ovale, présente une seconde fossette plus petite sur son côté postéro-externe. Toutes ces dents sont plus larges de dedans en dehors que d'avant en arrière.

La première molaire (*m* 1) présente une augmentation des dimensions de la couronne, spécialement dans le sens antéro-postérieur. Elle est en quelque sorte du même modèle que les prémolaires postérieures, mais allongée dans le sens que nous indiquons.

Malheureusement, une seule des vraies molaires supérieures (la première du côté gauche) est entièrement conservée et elle est considérablement usée. Il y a aussi une première molaire droite cassée, ainsi que des fragments pour les deuxième et troisième de gauche. La dent la plus parfaite a une couronne presque carrée, avec une face externe (*l*) large, émoussée et légèrement convexe présentant plusieurs élévations verticales superficielles ou dépressions. La crête la plus marquée (*a e c*) est très près du tranchant de la dent, et correspond à la crête antéro-externe des prémolaires et au principal cuspide des canines et incisives. La seconde élévation plus postérieure est plus large et beaucoup moins saillante. La paroi interne a ses deux colonnes ou crêtes (*a i c* et *p i c*) comme les prémolaires et un peu convergentes dans le voisinage de la surface triturante ; mais elles sont plus volumineuses séparément et ont une large dépression entre elles, qui dans le fragment d'une dent voisine non usée plus postérieure communique avec la fossette centrale. Cette fossette dans la première molaire est réduite à une fente très étroite, mais profonde (*m s*) et il n'y a pas trace de la seconde petite fossette postérieure de la dernière prémolaire. La paroi externe de la couronne est reliée avec les piliers internes par des crêtes transverses, antérieure et postérieure (*a r* et *p r*) qui passent l'une devant l'autre en arrière de la fossette médiane ou sinus.

Dents inférieures (fig. 2 et 3). — Des incisives du bas une paire est présente et, comme la portion de la symphyse du maxillaire a complètement disparu, il est impossible de dire quel en a été le nombre originel ; mais, par analogie, nous sommes amené à penser qu'il y en avait trois, comme dans la série supérieure. La couronne (*i* 3) est d'une forme ovale allongée avec des cuspides pointus et coupants, un cingulum fortement développé et, sur la surface interne, à la place d'un tubercule séparé par un sillon du cuspide externe, une crête verticale courant de la base de l'apex à la couronne, par conséquent plus proche du cuspide antérieur que du cuspide postérieur de la dent. La canine (*c*) est de forme similaire à l'incisive, mais de plus larges dimensions. La première prémolaire (*p* 1) est aussi formée sur le même plan, *i. e.* avec une surface externe lisse et arrondie, la surface interne avec une dépression antéro-postérieure, séparée par une

crête verticale et entourée par le cingulum. La deuxième prémolaire (*p* 2) est plus large d'avant en arrière, la partie postérieure étant plus développée ; sa surface externe présente un sillon profond passant en haut et en avant près de la partie postérieure de la base, avec un incurvé à l'apex divisant la surface en une zone antérieure et une zone postérieure dans laquelle l'antérieure est plus large. Une indication de ce sillon existe dans la première prémolaire du côté droit. La surface interne a la crête verticale augmentée en épaisseur et une petite crête en arrière qui isole la concavité postérieure. Le cingulum est bien développé et échancré; sur le côté externe de son bord il envoie une rangée de petites proéminences. La transition de la seconde prémolaire (*p* 2) à la première vraie molaire (*m* 1) par les troisième et quatrième (*p* 5 et *p* 3) est très graduelle, étant produite, comme dans les dents supérieures, surtout par l'allongement de la partie postérieure de la couronne. Les première et deuxième molaires sont déjà exactement semblables, mais la deuxième est légèrement plus large ; la différence dans l'apparence de leur surface triturante est simplemeut le résultat de l'usage. Elles sont allongées d'avant en arrière et fortement comprimées. Leur base est entourée par un cingulum bien marqué. La surface externe est émoussée et divisée par un sillon superficiel vertical en une zone antérieure et une zone postérieure, chacune étant convexe d'avant en arrière, l'antérieure ayant environ moitié de la largeur de la postérieure. Le côté interne est divisé par un sillon vertical beaucoup plus profond (*m s*), courant obliquement en avant pour disparaître près de la base du sillon externe et coupant la dent en 2 lobes ; chacun d'eux est ultérieurement divisé sur le côté interne par une dépression beaucoup moins marquée (*a s* et *p s*). En d'autres termes, le côté interne de la dent peut être décrit comme consistant en deux colonnes (*a i c* et *p i c*), chacune d'elles terminée par des cuspides coniques dans la dent non usée, séparée par une profonde dentelure conique (*m s*) et entourée devant et derrière par de superficielles denticulations (*a s* et *p s*) indiquant les colonnes accessoires antérieure et postérieure (*a t* et *p t*) à chaque extrémité de la dent.

La dent postérieure est malheureusement endommagée ; mais la paroi externe entière paraît intacte, avec une portion suffisante du côté interne pour montrer qu'elle est précisément formée sur le même plan que les autres; mais sa partie postérieure est légèrement plus allongée et comprimée, quoique sans aucun lobe accessoire comme cela existe chez plusieurs ongulés.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance de démonstrations pratiques, 30 avril 1911.

La séance pratique dont nous avons sommairement rendu compte dans notre dernier numéro a eu lieu au milieu d'une nombreuse affluence de confrères appartenant à la plupart des groupements professionnels, qui ont pu visiter les nouveaux locaux affectés aux travaux pratiques, officiellement inaugurés ce jour-là. Par les travaux de prothèse exécutés par les élèves sous la direction de MM. G. et H. Villain, ils ont pu se rendre compte des excellents résultats de l'enseignement que l'École dentaire de Paris donne à ses stagiaires.

Un certain nombre de démonstrations et de présentations furent faites au cours de cette matinée.

Nouvel articulateur anatomique, par M. Amoedo.

Ce nouvel articulateur anatomique, construit d'après les indications de M. Amoedo, présente plusieurs avantages sur la plupart des articulateurs dits anatomiques, existant dans le commerce.

Au moyen du guide facial de Snow, on peut enregistrer, dans la bouche, la distance entre les rebords alvéolaires et les condyles, et ensuite obtenir la même distance relative entre les rebords alvéolaires des modèles en plâtre et les condyles de l'articulateur. Puis, au moyen d'un dispositif spécial, on peut donner aux condyles de l'articulateur une inclinaison variant de 0° à 90°.

Voici la technique de son emploi : On prend l'articulé comme d'ordinaire, en se servant du compas, pour déterminer la hauteur de l'occlusion. Ensuite, on fixe la fourche de l'arc facial de Snow dans la cire, et on applique les extrémités mobiles de l'arc, en face des condyles. Afin que l'arc soit au centre de la face, on doit rapprocher ces parties mobiles contre la face et en compter les lignes. Si d'un côté on trouve cinq lignes et de l'autre neuf, le total 14 doit être divisé en deux, soit : 7.

On fixe alors les deux côtés, droit et gauche, à la distance de sept lignes, et après avoir fixé la vis de serrage de l'arc, contre la fourche, on relâche le côté gauche seulement et on retire le tout de la bouche.

On attache les modèles aux cires de l'articulé et on les fixe sur l'articulateur.

Pour enregistrer l'inclinaison du condyle, on se sert de la méthode

de Christensen, qui consiste à remettre les cires de l'articulé dans la bouche et à placer entre elles une boulette de cire ou de godiva chaud et de faire mordre avec la mâchoire en protrusion forcée.

On refroidit en place et on retire le tout ensemble. On refroidit de nouveau et on replace les cires ainsi disposées sur le modèle du haut. On relâche les vis du curseur condylien, et on porte alors le modèle inférieur en avant, jusqu'à le faire entrer dans la cire inférieure. On maintient solidement les modèles l'un contre l'autre, toujours en contact avec les cires.

On fait mouvoir le curseur qui représente le condyle temporal de la cavité glénoïde jusqu'à ce que l'on trouve un point mort, c'est-à-dire jusqu'à ce que les modèles ne s'écartent et ne se rapprochent trop l'un de l'autre ; alors on serre les vis et on retire les boulettes de cire placées entre l'articulé et on se met en devoir de placer les dents.

Lorsqu'on a de l'expérience, on peut prendre en une seule séance toutes les mensurations, et en l'espace de quelques minutes seulement.

Les mécaniciens, une fois au courant, préfèrent monter les modèles ainsi préparés sur l'articulateur, car rien n'est laissé au hasard, et leur travail est considérablement facilité.

Pour le placement des dents, on doit faire simultanément le haut et le bas de gauche, des incisives jusqu'aux molaires.

Selon l'inclinaison condylienne, on doit établir un plan de compensation plus ou moins accentué et *nul*, c'est-à-dire placer toutes les dents touchant à un même plan, si l'inclinaison est inférieure à 10° ; dans ce cas, les plans de compensation sont nuisibles au bon fonctionnement de l'appareil.

Dans les cas moyens d'une inclinaison de 35°, on placera toutes les dents jusqu'à la première grosse molaire, touchant à un plan ; la deuxième molaire doit se placer sur un autre plan plus élevé.

Entre le plan de la face triturante de cette molaire et celui de la première molaire, doit se former un angle obtus ouvert en haut. Entre les incisives du haut et du bas doit se trouver un entre-croisement, *over bite*, en proportion avec cet angle.

La compensation a lieu de la façon suivante :

Lorsque le condyle descend et se porte en avant, il y a une perte de contact entre les arcades dentaires ; mais les incisives inférieures, qui se trouvaient derrière les supérieures, descendent et en se portant en avant, vont aller se mettre en contact avec les bords tranchants des supérieures.

La deuxième molaire inférieure descend aussi et se déplace en avant, allant se mettre en contact avec la première molaire supérieure et, de la sorte, a lieu la compensation.

Lorsqu'un côté est terminé, on fixe les dents à la cire collante, et

on procède au placement des dents du côté droit. Puis viennent les règles de compensation latérales trouvées par Bonwill.

Elles consistent en ceci : lorsqu'on mastique à droite, les cuspides vestibulaires et les linguales doivent se mettre en contact, tandis que du côté gauche, à ce même moment, les cuspides linguales inférieures doivent toucher les vestibulaires du haut. Si l'on mastique à gauche l'inverse doit se produire.

Les arcades dentaires ainsi disposées, peuvent rendre le maximun de service pour la mastication et l'insalivation des aliments, afin que les autres actes de la digestion puissent s'accomplir normalement.

Nouveau four a gaz pour travaux de porcelaine, par M. Charbonnier.

M. Charbonnier a précisé et expérimenté un four à gaz de son invention, d'un emploi très pratique, avec lequel il a procédé à la cuisson de plusieurs inlays de porcelaine.

Ce four comprend essentiellement une sphère en cuivre en deux parties garnies d'amiante intérieurement; elle comporte une ouverture inférieure pour laisser passer la flamme du chalumeau, et une ouverture latérale pour l'introduction de la pièce à cuire. Un dispositif spécial permet de la maintenir à la hauteur voulue au-dessus du brûleur.

Cet appareil dont nous donnerons prochainement une description plus complète, permet la cuisson des émaux à haute et basse fusion, dans un temps très rapide, et avec le minimum de manipulations.

La couronne Carmichel, par M. E. Darcissac.

M. Darcissac a présenté plusieurs couronnes Carmichel dont il a exposé la méthode de confection ; cette couronne qui est indiquée pour les canines et les petites molaires, permet de placer sur ces dents un point d'appui très résistant pour les bridges, avec les deux grands avantages de ne pas exiger la dévitalisation, et d'être invisible.

Emploi du pied de biche et des vis a racines, par M. Dehogues.

M. Dehogues développe sa théorie sur l'emploi des instruments nouveaux qu'il a fait établir, et dont il a présenté les modèles à une séance précédente.

Il rappelle les rapports anatomiques des racines avec les alvéoles et explique comment, sur les pieds de biche qu'il a fait fabriquer, il procède à une *énucléation* et non à un mouvement de bascule. Il s'élève contre la réputation faite au pied de biche d'être un instrument dangereux et seulement applicable à des cas spéciaux.

M. Dehogues procède ensuite à l'extraction de plusieurs racines,

canine, incisive centrale et molaire de six ans inférieures, prémolaire, incisive latérale et molaire de douze ans inférieures.

Pour corroborer ses affirmations précédentes, il montre un malade dont les deux dents de sagesse inférieures évoluant en dehors de l'arcade rentrent dans les joues, et les extrait sans aucune des difficultés qu'on se soulève en général quand il est question des instruments qu'il recommande.

Présentation d'un stérilisateur a l'aldéhyde formique a l'état naissant. Présentation d'un nouveau système de chauffage et de soufflerie fonctionnant sur 110 volts, par M. Jolivet.

M. Jolivet présente deux appareils très pratiques pouvant nous rendre des services nombreux.

Le premier, son stérilisateur à l'aldéhyde formique à l'état naissant, déjà présenté et sur lequel il nous a fait une communication [1]. Il nous montre le fonctionnement de l'appareil et le parti pratique qu'on peut en tirer.

Il nous présente ensuite un petit appareil de chauffage pour sécher et désinfecter les cavités; contrairement à tous les appareils déjà existants qui fonctionnent sous un ampérage assez fort exigeant un branchement d'électricité spécial et un tableau, cet appareil fonctionne, lui, sur n'importe quelle prise de courant avec une ou deux lampes en résistance et n'absorbe que de un ampère à un ampère 5, sous 110 volts, tandis que les autres absorbent de 8 à 12 ampères. Le chauffage peut être réglé et permet d'obtenir toutes les températures utiles. Le fil métallique qui sert à ce chauffage est un alliage de platine et de tantale; il chauffe un petit cylindre réfractaire et peut donner une température très élevée. Toutes les parties de cette soufflerie sont démontables et stérilisables.

Les travaux pratiques de bactériologie a l'Ecole dentaire de Paris, par M. Ledoux.

M. Ledoux présente les travaux de bactériologie qui, cette année comme les précédentes, ont été effectués par les élèves de deuxième année (ancien programme).

Dans un établissement universitaire comme l'Ecole dentaire de Paris, où l'observation est de règle, où l'expérimentation est courante, où le professeur n'avance aucun fait sans le faire constater et vérifier sur les malades, il a semblé que la seule méthode susceptible de donner des résultats est précisément la méthode expérimentale.

D'accord en cela avec M. le Dr Barthelet, professeur de bacté-

1. V. *Odontologie*, 15 septembre 1910, p. 199.

riologie, voici l'ordre adopté par M. Ledoux pour les exercices pratiques.

1re et 2e *séance : Introduction. Préparation d'un milieu solide.* — Après une brève introduction sur la biologie générale des microbes, les élèves sont exercés à la pratique de la stérilisation. A cet effet, chacun d'eux prépare uu tube à pomme de terre. Ces tubes, dûment numérotés, sont ensuite stérilisés à l'autoclave.

3e *séance : Ensemencement d'un milieu.* — Dans une séance suivante, les élèves effectuent un ensemencement dans les tubes qu'ils ont antérieurement préparés. Les microbes ensemencés sont, soit des saprophytes (B. subtilis. M. prodigiosus), soit des pathogènes (Streptococcus et Colibacille). Les tubes sont ensuite placés à l'étuve de Roux dont on étudie préalablement le fonctionnement.

4e *séance : Technique du microscope.* — Les élèves sont exercés au maniement du microscope. Dans l'intervalle des séances, ils suivent le développement de leurs cultures au point de vue macroscopique.

5e *séance : Examen extemporané d'une culture vivante.* — Les élèves effectuent un prélèvement sur leur culture et l'examinent au point de vue microscopique. C'est l'occasion pour eux d'examiner la forme, la dimension, le mode de déplacement et le processus de la reproduction des microbes.

6e *séance : Préparation d'une lamelle sèche.* — Chaque élève fait un nouveau prélèvement sur sa culture pour préparer une lamelle sèche qui est conservée au laboratoire.

7e *séance : Examen extemporané de la salive d'un malade* (Microbes de Miller).

8e *séance : Moutage d'un crachat.*

Avec les étudiants d'origine et de culture si diverses, dans le temps restreint, qu'il m'est accordé, M. Ledoux cherche plutôt à faire de la vulgarisation que de la science spéculative. Les séances de manipulation sont de véritables leçons de choses illustrant le cours du professeur et dans lesquelles les élèves mettent activement — et avec beaucoup d'entrain — la main à la pâte. Quand ils ont vu le développement parfois si rapide d'une culture dans un milieu donné ; quand ils ont pratiqué un ensemencement à l'aide des débris septiques recueillis sous l'ongle ou dans une dent cariée, les élèves se rendent un compte assez exact de l'origine et de la marche d'une invasion microbienne.

Ils savent alors quelles précautions minutieuses ils doivent prendre de leurs instruments et même de leur personne, soit dans l'intérêt de leurs malades, soit même dans leur propre intérêt. C'est là le côté réellement pratique de la question.

Il y a près de dix ans que M. Ledoux a fondé à l'Ecole dentaire de Paris ces travaux pratiques qui ont jusqu'ici été toujours facul-

tatifs. La bactériologie a dès maintenant sa place officiellement marquée dans les programmes de l'Ecole. Dans ces conditions, il sera peut-être utile d'étendre légèrement le cercle des recherches. M. Ledoux a montré en présentant les travaux pratiques de ses élèves combien il contribue à en faire des praticiens soigneux, en leur donnant en même temps le goût de la recherche scientifique.

Emploi du nouveau ciment « synthétic » de Trey, par M. Levett.

M. Levett a fait une brillante démonstration de l'emploi de ce ciment. Celui-ci, un peu plus difficile à travailler que les autres ciments, donne des résultats remarquables au point de vue esthétique, à condition qu'on use au cours de la manipulation de précautions essentielles.

M. Levett a fait à l'aide de ce ciment plusieurs obturations d'incisives, qui n'ont rien à envier, au point de vue esthétique, aux inlays de porcelaine les mieux réussis.

Traitement de la pyorrhée alvéolaire par l'électro-ionisation, par M. Mendel-Joseph.

Le procédé préconisé par *M. Mendel-Joseph* consiste en trois opérations successives :

1° Enlever toutes les concrétions tartriques recouvrant la surface de la racine. Cette opération doit se faire minutieusement, sous l'anesthésie gingivale, avec des instruments appropriés. L'ablation du tartre est dans ce traitement d'une grande importance ;

2° Stériliser les tissus infectés par l'introduction dans leur masse de l'ion zinc.

Après avoir lavé le *cul-de-sac* purulent à l'aide d'une solution de chlorure de zinc à 3 ou 4 0/0 on y introduit l'électrode positive de zinc et l'on fait passer un courant de faible intensité de 2 à 5 milliapères, pendant 10 à 15 minutes, suivant la susceptibilité du malade ;

3° On favorise l'élimination des produits morbides et l'on excite les échanges nutritifs de la région en pratiquant le massage méthodique, que le malade doit apprendre à exécuter lui-même.

Méthode de traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire par l'effluviation ionisatrice de haute fréquence, par M. Morel.

M. Morel (de Dreux) expérimente sa méthode de traitement local de la pyorrhée. Il part de ce principe qu'il faut détruire l'état microbien et suppuratif des alvéoles, corriger le ralentissement de nutrition des tissus en produisant une suractivité phagocytaire ; augmenter l'indice de destruction des leucocytes, en un mot, réorganiser l'armée de défense un instant mise en déroute par l'infection et assurer son

triomphe définitif. Pour arriver à ce résultat, et vaincre cette affection de conséquences si redoutables, il s'est adressé aux courants de haute fréquence dans deux de leurs expressions physiques : l'effluve et l'étincelle. Alors que l'étincelle ne servira que dans les cas très avancés, pour détruire les clapiers purulents, sous forme de petite conflagration, les effluves, au contraire, serviront pour les cas de toute gravité, quelque soit le degré d'ancienneté de la pyorrhée. A la faveur des fréquentes périodes de ces effluves et du bombardement moléculaire qui en résulte, il se produit au niveau des tissus effluvés une *ionisation* accompagnée de réactions chimiques, décompositions et combinaisons que décèlent l'analyse urologique.

Les effluves de haute fréquence ont une action ionisatrice intense et pénétrante. L'effluvation alto-fréquente fait pénétrer les médicaments au travers des tissus par *un transport des ions* résultant de la décomposition de ces médicaments par toute une série de phénomènes électriques.

Quoique s'appuyant sur un matériel assez complexe, le manuel opératoire est extrêmement simple. On pose sur la gencive, au niveau des dents malades, un bourrelet d'ouate fortement imbibé de la solution suivante :

Bichromate de potasse..........	10 grammes
Eau distillée..................	100 grammes

Cette bande d'ouate tient environ l'étendue de quatre dents, et c'est sur elle, au niveau des collets des dents atteintes, que s'appuie assez fortement l'électrode qui amène sur la région malade la pluie d'effluves alto-fréquentes.

Pour une pyorrhée avancée, au moyen d'une électrode métallique, on projette une dizaine d'étincelles dans les clapiers infectieux ; cette conflagration, peu douloureuse, agit comme destructrice des cellules infectées et comme microbicide.

On répète les séances d'effluvation tous les deux jours ; chacune pendant quinze minutes ; en trois applications de cinq minutes, séparées par un repos de huit minutes.

En général, au bout de quatre séances d'un quart d'heure, la guérison est complète.

L'effluvation est absolument indolore à condition que le contact entre l'électrode, le tampon d'ouate bichromatée et la gencive soit bien assuré.

Les réactions chimiques produites sous l'influence à la suite de l'effluvolyse de la solution bichromatée mettent en liberté l'acide chromique et la potasse caustique qui agissent, l'un, comme destructeur des germes infectieux et stimulateur de la circulation, l'autre comme dissolvant du tartre.

Après avoir développé les indications précédentes, M. Morel a expérimenté sa méthode sur une malade.

Nouveau procédé d'extraction de la dent de sagesse, par M. Pont.

M. Pont, de Lyon, a procédé à l'extraction de plusieurs dents de sagesse inférieures à l'aide d'une technique qu'il a innovée. Il luxe la dent vers le côté où le maxillaire offre la moindre résistance, c'est-à-dire vers la partie interne. Il procède à l'aide d'un instrument spécial, en forme d'élévateur droit aminci à son extrémité, qu'il insinue entre la dent et l'alvéole, à la face jugale. La dent a tendance à s'énucléer, à monter en quelque sorte, en s'inclinant en dedans; l'extraction se fait sans lésion des parties voisines, notamment sans l'ébranlement de la dent de 12 ans qui se produit quelquefois au cours de l'emploi de la langue de carpe.

Nous publions un article de M. Pont sur cette question.

Aurifications rapides a l'or mou, par M. Roussel.

M. Roussel en exécutant plusieurs aurifications à l'or mou a eu pour but de démontrer que pour l'obturation des cavités simples, celles qui n'intéressent pas deux surfaces à la fois, l'or mou, qui a fait depuis longtemps ses preuves, n'a pas été surpassé par les nouveaux procédés de dentisterie opératoire, comme qualité d'obturation, rapidité d'exécution et économie de fatigue de la part de l'opérateur. Ces aurifications ont été faites au moyen de cylindres condensés à l'aide de fouloir en forme de pied, les feuilles d'or disposées parallèlement, comme celles d'un livre ont été conduites ensuite par pression latérale en enfonçant au travers de l'aurification un instrument de forme conique agissant comme un coin.

L'espace ainsi obtenu a été rempli par des rubans d'or descendus jusqu'au fond et repliés sur eux-mêmes.

Deux obturations de face triturante de grandeur maximum ont été exécutées, chacune d'elles, en dix minutes.

Opérations de stomatologie, par M. Roy.

M. Roy, assisté de M. Rouveix, opère un malade présentant une série de fistules à la partie médiane du maxillaire inférieur du côté labial et du côté lingual. Sous anesthésie locale à la sérocaïne (cocaïne, novocaïne, adrénaline) extraction des deux incisives centrales et de l'incisive latérale gauche. Curetage du maxillaire, badigeonnage de la plaie avec une solution de chlorure de zinc au dixième et tamponnement à la gaze stérilisée.

M. Roy a également procédé à l'ablation d'un kyste du maxillaire inférieur chez une jeune fille. Incision de la gencive sur une longueur

de 2 centimètres, de la 2e prémolaire à la 2e molaire inférieure droite. Le kyste est recouvert d'une mince couche osseuse n'offrant aucune résistance ; l'alvéole est sectionné à la gouge et au maillet en avant et en arrière de la 1re molaire ; pendant l'énucléation, le kyste s'ouvre mais peut cependant être extirpé en totalité. Extraction des racines de la deuxième molaire, et curetage de la région infectée. Tamponnement provisoire à la gaze stérilisée.

L'intervention a été faite sous anesthésie locale.

Présentation de travaux d'aurification, d'inlays, et d'inlays-couronnes.

MM. Rambaud, Wilson, Katsaras, élèves de troisième année, présentent un certain nombre de travaux d'aurification exécutés sous la direction de M. Machtou, et dont M. G. Robin décrit la technique.

Exposition de produits et d'instruments nouveaux.

Un certain nombre de fournisseurs pour dentistes ont tenu à faire figurer leurs produits ou instruments nouveaux à cette séance, rendue ainsi intéressante à des titres divers.

La maison *Ash* a exposé une série de plaques et de bridges coulés avec la *Presse Solbrig-Platschick ;* elle a fait procéder à des expériences de coulée et a montré les diverses et nombreuses applications de la méthode.

La *Société Française de fournitures dentaires* a présenté deux appareils extrêmement pratiques et appelés à une vulgarisation rapide : le *chauffe-gutta* que nos lecteurs connaissaient déjà, dû à notre confrère *Henri Villain*[1], et, l'*enrouleur automatique Baron,* destiné à être posé sous le tableau électrique. Avec cet appareil, les fils alimentant les appareils branchés sur le tableau (lampe, cautère, soufflerie, etc.), sont enroulés automatiquement ; par une simple traction de l'appareil, ils se déroulent de la longueur nécessaire, et dès qu'ils ne sont plus utiles, ils s'enroulent de nouveau, sur la simple pression d'un bouton. Il n'y a donc plus au bas du tableau d'enchevêtrement de fils souvent si gênant.

La *Société coopérative des dentistes de France* a exposé son installation pour la radiographie, qui pourra rendre aux praticiens des services inapplicables.

Elle a exposé également la Presse de Kitz pour coulée des métaux, avec laquelle des expériences ont été effectuées.

La maison *Rhein* a fait une intéressante exposition de divers instruments, notamment d'instruments pour la préparation et le traitement des canaux.

---

1. V. *Odontologie,* 15 janvier 1911, p. 10.

M. Reviron a exposé une série d'appareils de prothèse, justifiant la vieille réputation du laboratoire qui les a confectionnés.

M. Gaulier a présenté un meuble électrique qu'il dénomme table universelle, et qui a le mérite de grouper tout ce qui est nécessaire au dentiste en fait d'appareils électriques, depuis le tour jusqu'au chauffe-eau. Nous reviendrons plus amplement sur la description de ce meuble qui peut être appelé à modifier l'aménagement électrique de nos cabinets d'opérations.

Enfin la *Société française de produits d'hygiène buccale* a exposé ses produits dentifrices bien connus, l'*Oryl* et la *Bi-Oxyne*.

H. D.

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE

Siège Social: 32, rue de Penthièvre, Paris.

Le Comité national français d'hygiène dentaire, constitué sous les auspices de la Fédération dentaire internationale, et le patronage de notabilités politiques et scientifiques, entre autres de M. le sénateur P. Strauss, de M. G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, etc., a tenu une assemblée générale le vendredi 19 mai à 9 heures du soir dans le local de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance, 49, rue de Miromesnil, Paris.

Après avoir apporté quelques modifications aux statuts, prononcé de nombreuses adhésions, notamment celles de l'Association générale syndicale des dentistes de France et de l'Ecole dentaire de Paris, dont les délégués étaient présents, le Comité a examiné et adopté divers moyens de propagande pour répandre dans le public les règles principales de l'hygiène dentaire (conférences, brochures, tableaux muraux, etc.). Il a décidé d'intervenir auprès des pouvoirs publics pour obtenir qu'une inspection semestrielle de la bouche et des dents des enfants soit faite dans les écoles primaires par un chirurgien-dentiste, comme cela est prescrit par la circulaire ministérielle du 23 mars 1908 pour les écoles normales primaires et les internats annexés aux écoles primaires supérieures. Il a approuvé la circulaire reproduite ci-après.

Il a procédé à la nomination du Conseil d'administration, composé de 24 membres, 12 professionnels et 12 non professionnels, plus les délégués des Sociétés adhérentes.

Délégués.

F. D. I. : MM. Godon, Pont, Roy, G. Villain.

F. D. N. : 5 délégués.

Ecole dentaire de Paris : MM. L. Lemerle, Bioux, Miégeville.

A. G. S. D. F. : MM. Monnin, Rollin, H. Villain.

Société d'Odontologie de Paris : MM. Dreyfus, Devoucoux, Robin.

Ecole dentaire de Lyon : M. Vichot.

Etc., etc.

Professionnels.	*Non professionnels.*
MM. Blatter.	MM. Bertin.
Brodhurst (Montluçon).	Coquille.
Cernéa.	Girard-Dubost.
J. d'Argent.	Kampmann.
Eudlitz.	Lagarrigue.
Fouques.	Lange.
Franchette.	Louvet.
R. Lemière.	Mantout.
Machtou.	Maucourt.
Mouton (Châtellerault).	Mme Maucourt.
Touvet-Fanton.	M. Paumier.
Zimmermann.	Mme G. Villain.

Immédiatement après la séance le Conseil d'administration s'est réuni et a constitué son Bureau ainsi :

Président : M. Roy.
Vice-présidents : MM. Franchette.. Pont (Lyon). } Bertin. Kampmann.
Secrétaire général : M. R. Lemière.
Secrétaire général adjoint : M. Zimmermann.
Secrétaire administratif : M. Lange.
Secrétaire administratif adjoint : M. Mantout.
Trésorier : M. L. Bioux.
Bibliothécaire-archiviste : M. H. Villain.

Le Comité national d'hygiène dentaire adresse au public l'appel suivant :

Les affections bucco-dentaires sont de nos jours des plus fréquentes. Les inspections scolaires ont montré que la carie dentaire *frappe* 90 o/o *des enfants des écoles*. Chez les *adultes* la proportion est *plus grande encore*.

Ces affections, outre leurs inconvénients particuliers, sur lesquels il n'est pas besoin d'insister, entretiennent dans le tube digestif et dans les voies respiratoires un état d'infection qui favorise le développement des maladies, de la tuberculose en particulier. La négligence des soins dentaires peut déterminer des abcès, des phlegmons dont le pronostic est souvent très sérieux.

Chaque année des individus meurent faute d'avoir soigné leurs dents.

Les dents saines sont indispensables au développement normal de l'enfant. Elles sont un des facteurs principaux de la santé de l'adulte.

Ces notions sont trop souvent ignorées du public qui néglige totalement l'hygiène buccale.

Devant cet état d'esprit la profession dentaire, par son organe le plus puissant, la Fédération dentaire internationale, a pris l'initiative de signaler au grand public de tous les pays ce véritable mal social et en même temps de lui indiquer les moyens d'y remédier.

La Commission d'hygiène de la F. D. I., sous la présidence de S. M. le Roi de Suède, a suscité la création dans chaque pays d'un Comité national d'hygiène dentaire. Ceux d'Allemagne, d'Angleterre, des Etats-Unis d'Amérique, de Suède sont déjà florissants et ont organisé de nombreuses œuvres d'assistance dentaire, grâce aux dons généreux — dont plusieurs s'élèvent à des millions — qui leur ont été faits.

Le rôle de ces comités est le suivant :

1° *Répandre l'hygiène buccale;*

2° *Créer dans chaque ville des cliniques dentaires scolaires;*

3° *Fournir aux écoles et aux casernes des moyens d'enseigner l'hygiène dentaire* (tableaux muraux, conférences, création de service d'inspection semestrielle et de traitements dentaires par des chirurgiens-dentistes, etc.);

4° *Provoquer la création ou l'extension des services dentaires dans l'armée et la marine ;*

5° *Propager les idées d'hygiène dentaire dans les centres industriels particulièrement dans les industries insalubres* (phosphore, plomb, mercure, sucre);

6° *Fournir gratuitement des brosses à dents aux indigents.*

C'est donc d'abord à l'école, à la caserne, à l'usine surtout que devra s'exercer l'action des comités nationaux ; aussi est-ce aux instituteurs et institutrices, aux officiers, à toutes les œuvres d'enseignement sans distinction de parti que nous faisons appel ; les œuvres d'assistance publique, les œuvres philanthropiques de toutes sortes, les mutualités seront pour nous des auxiliaires précieux dans l'œuvre de propagande que nous entreprenons.

Nous pensons que la France ne peut rester en arrière dans ce mouvement international pour l'amélioration de la santé publique et c'est pourquoi le Comité national prie toutes les personnes qui apprécient l'importance du but humanitaire que nous poursuivons de collaborer à notre œuvre en y adhérant elles-mêmes et en faisant dans leur milieu œuvre de propagande.

L'HYGIÈNE DENTAIRE SCOLAIRE AU CONSEIL GÉNÉRAL DES ALPES-MARITIMES

M. Léon Barély est rapporteur de cette question qui avait fait l'objet, à la session d'octobre, d'un assez important débat.

Depuis des mesures sérieuses ont été prises.

« La ville de Nice a pris à cet égard une initiative des plus heureuses qu'il convient d'étendre peu à peu à l'ensemble du département et le service scolaire dentaire qu'elle a créé rend les services les plus signalés.

» Le Conseil décide que la création de 5 cliniqnes, pour l'instant suffisante, aura lieu à Cannes, Grasse, Menton, Sospel et Puget-Théniers. Pour les trois premières villes, les dépenses d'installation et de fonctionnement pourront être prises en charge par les municipalités qui ont déjà des services spéciaux d'assistance ; l'attention des diverses villes importantes du littoral (Antibes, Vallauris, Beausoleil) sera d'ailleurs appelée sur l'utilité de cette création.

» Les cliniques de Puget-Théniers et de Sospel seront installées par le département ; la dépense sera de 500 francs pour chacune d'elles, soit un total de 1.000 francs, et les municipalités auront à fournir un local approprié qu'elles ont dit d'ailleurs avoir en leur possession.

» Un service d'inspection sera créé, confié à deux chirurgiens-dentistes, l'un pour l'arrondissement de Grasse, l'autre pour les arrondissements de Nice et de Puget-Théniers, placés sous le contrôle de M. le docteur Balestre, inspecteur des services départementaux d'hygiène et d'assistance. Ces chirurgiens inspecteurs, outre le service des cliniques ci-dessus, se rendront dans chaque commune pour y faire des conférences et des démonstrations pratiques et traiter les cas urgents. Les fonctions seront gratuites, mais comme les frais de déplacement sont assez importants, il leur sera alloué à ce titre une indemnité de 1.000 francs à chacun d'eux ; à cette somme s'ajouteraient les frais de bureau et d'imprimés qui seraient payés sur production de mémoires et que l'on peut évaluer à 250 francs, ce qui porterait à 2.250 francs les dépenses annuelles des frais d'inspection. »

M. Léon Baréty remercie M. le préfet de l'empressement qu'il a mis à réaliser le projet qu'il avait présenté à la session d'octobre en vue de l'organisation d'un service départemental d'hygiène scolaire dentaire.

Il s'estime particulièrement heureux de l'avantage que présente le projet pour le canton de Puget-Théniers.

NOUVELLES

On demande des dentistes.

On lit dans le *Journal du Havre* et dans le *Petit Havre* du 12 mai l'avis suivant :

La Commission administrative des Hospices du Havre donne avis que la place de chirurgien-dentiste suppléant des dits établissements est vacante.

Les chirurgiens-dentistes, docteurs en médecine ou diplômés des Écoles dentaires de Paris et jouissant de la qualité de Français, désirant remplir ce poste, sont priés de se faire inscrire à l'Hospice général jusqu'au 31 mai courant.

Congrès d'assistance publique.

Le 5e Congrès national d'assistance publique et de bienfaisance privée aura lieu à Nantes du 3 au 8 juillet 1911, sous la présidence de M. Loubet, ancien président de la République.

L'École dentaire de Paris y a adhéré.

Congrès des chirurgiens-dentistes norvégiens.

Le Congrès annuel des chirurgiens-dentistes norvégiens aura lieu à Hanko Bad les 4 et 5 juin 1911. Il comprendra des communications orales et des démonstrations pratiques.

Comité central allemand d'hygiène scolaire.

Le Comité central allemand d'hygiène scolaire a tenu son assemblée générale annuelle sous la présidence du Ministre d'Etat de Moller, dans la Chambre des Seigneurs de Prusse, à Berlin. Des commissaires et des représentants des autorités de l'Empire et du royaume y assistaient.

Distinction honorifique.

Nous apprenons que notre confrère M. Alphonse Bettmann, de Turin, a été nommé chevalier de la couronne d'Italie.

Congrès international de la tuberculose.

Le prochain congrès international de la tuberculose se tiendra à Rome du 24 au 30 septembre 1911.

Une exposition y sera annexée.

Le Comité français est présidé par M. le Prof. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Morte sous le chloroforme.

Mme L., âgée de quarante ans, demeurant à Feuquières, qui s'était rendue chez un dentiste de Beauvais le 25 avril, pour subir une opération, fut soumise au chloroforme par ce praticien assisté d'un médecin.

Pour une cause encore inconnue, la malheureuse femme, l'opération terminée, ne put être réveillée et succomba entre les mains des opérateurs.

Le parquet a ouvert une enquête ; il a ordonné l'autopsie.

(*La Petite République*, 26 avril 1911.)

F. D. I. (Programme provisoire).

La session annuelle de la F. D. I. aura lieu à Londres, les 1er et 2 août 1911, au Collège Royal des chirurgiens et à l'Université.

Mardi, 1er août, 10 heures du matin, séance d'ouverture au collège des chirurgiens. Discours du président du collège, du président de la F. D. I., des représentants des divers pays et des présidents des commissions d'enseignement et d'hygiène.

Attribution du prix Miller à M. Greene Vardman Black.

Réunion du Conseil exécutif.

8 heures du soir, banquet à l'hôtel Cecil.

Mercredi 2 août, 10 h. 1/2 du matin, réunions des Commissions à l'Université.

3 heures, réunion du Conseil exécutif.

Mariage.

Nous avons le plaisir d'apprendre le mariage de notre confrère M. Charles Aye, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Renée Drossner, célébré le 1er juin.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

31e ANNÉE. N° 11 15 JUIN 1911 VOL. XLV

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTES SUR LA NOMENCLATURE DENTAIRE

Par O. AMOEDO.

A la séance du mois de mars, M. Barden fit une communication à la Société Odontologique de France qui avait pour titre : *Nomenclature anglo-américaine ou nomenclature rationnelle en art dentaire.*

A première vue les termes adoptés par M. Barden sont très logiques, et si l'on se laissait aller en écoutant son exposition si correcte et si éloquente, on serait convaincu de la justesse de sa nomenclature ; mais dans la nomenclature, comme dans l'industrie et le commerce, il y a des droits acquis, et si un nom a été déjà choisi pour désigner un objet, on ne peut plus se servir du même nom pour en désigner un autre, sans encourir le risque de tomber dans des fautes ou même dans des délits susceptibles d'être portés devant les tribunaux civils. C'est le cas des marques de fabriques et des noms d'établissements, etc., etc.

Or, parmi les vocables adoptés par M. Barden, il en est un, celui de *buccal,* dont il se sert pour désigner la surface linguale de toutes les dents et qui a été employé, jusqu'à présent, pour désigner la surface vestibulaire ou externe.

Je me suis empressé de lui faire remarquer que ce terme de *buccal* était employé, en France, par plusieurs anatomistes et par tous les auteurs de tous les autres pays, pour désigner la surface vestibulaire des bicuspides et des molai-

res, et que cette nouvelle acception donnée à *buccal* se prêterait forcément à de grandes confusions.

M. Barden, ainsi que plusieurs autres orateurs, se refusèrent à écouter mes observations, soutenant qu'ils n'étaient pas forcés de perpétuer les erreurs commises par d'autres et qu'en somme, lorsqu'ils écrivaient, ils écrivaient pour les Français, qu'ils se souciaient peu d'être compris à l'étranger, et que du reste cela ne les regardait pas, etc., etc.

M. Barden me soutint également que nous avions des dictionnaires en France pour nous guider. Néanmoins, devant mon insistance, nous nous sommes engagés à faire des recherches afin d'élucider une question aussi importante, surtout au point de vue pédagogique.

Mais, à ma grande surprise et sans faire aucune modification, M. Barden s'empressa de publier son travail dans le numéro de mars de *La Revue générale de l'Art dentaire.*

Or, je suis persuadé que si M. Barden s'était donné la peine de consulter les dictionnaires auxquels il faisait allusion, et avait puisé ses renseignements dans des sources plus autorisées que ne le sont les auteurs consultés par lui, il se serait certainement abstenu de donner si prématurément sa nomenclature aux vents de la publicité.

Car mes recherches dans les dictionnaires m'ont permis de trouver les définitions suivantes :

PIERRE LAROUSSE

Buccale. — Adj. f. (bu-ka-le, du lat. bucca, bouche). Gramm. Se dit quelquefois pour labiales ; Consonnes *buccales* B. P. Ph. sont les consonnes buccales de l'alphabet grec.

E. LITTRÉ

Buccal, ale. — Adj. Terme d'anatomie. Qui appartient à la bouche, et particulièrement à la face interne des joues. Les muscles buccaux. En grammaire grecque, les lettres buccales, le premier ordre des muettes.

DICTIONNAIRE USUEL DES SCIENCES MÉDICALES

A. DECHAMBRE, MATHIAS-DUVAL, LEREBOULLET.

Buccal. — Adj. En anatomie tout ce qui appartient à la bouche et plus particulièrement à ses parois latérales ou joues.

VOCABULARIO ENCYCLOPEDICO DE ODONTOLOGIA

V. Perez Cano. J. García y García.

Buccal. — Lo que se refiere á la boca, etc. La cara externa del diente ó labial.

Buccal. — Ce qui a rapport à la bouche, etc. La face externe de la dent ou labiale.

DICTIONARY OF DENTAL SCIENCE

By C. A. Harris. 5[e] édition, Philadelphie, 1891.

Buccal. — Buccalis, from bucca, the mouth, or rather cheek. Belonging to the mouth, and specially the cheeks.

Buccal. — Buccalis, de bucca, la bouche, ou plutôt la joue. Appartenant à la bouche, et spécialement aux joues.

J'ai trouvé également le terme *buccal* comme synonyme de vestibulaire, dans les anatomies dentaires françaises suivantes :

E. Andrieu. *Traité de Stomatologie,* Paris, 1879.

Sauvez, Wicart et Lemerle. *Manuel du chirurgien-dentiste ; Anatomie et Physiologie de la bouche et des dents*, Paris, 1905.

G. Rollin. *Anatomie de la bouche et des dents*, Bordeaux, 1904.

O. Amoedo. *Traité d'Anatomie humaine* par P. Poirier et A. Charpy. Chapitre dents, tome IV, 3[e] fascicule, Paris, 1905.

O. Amoedo. *L'Art dentaire en médecine légale*, 1898, et ses traductions : en allemand par le D[r] Port, Leipzig 1900, et en italien, par le D[r] A. Coulliaux, de Millan, 1905.

Je l'ai aussi trouvé dans les anatomies allemandes et autrichiennes suivantes :

Zuckerkandl. *Anatomie der Mundhöhle und der Zähne,* Wien, 1891, page 45.

Muhlreiter. *Anatomie des Menschlichen Gebisses,* Leipzig, 1891.

Julius Scheff. *Handbuch der Zahneilkunde.* Vol. 1, page 45, 1891.

Je ne cite pas les auteurs anglais et américains, car ils emploient tous le terme *buccal* comme synonyme de vestibulaire.

Comme M. Barden faisait remarquer qu'il tenait l'acception donnée à *buccal* de Dieulafé et Herpin, *in* Gaillard et Nogué

(Traité de Stomatologie), je me suis adressé à la Société de Stomatologie et je m'y suis fait inscrire pour la séance d'avril, avec le titre suivant : « Quel est le côté buccal d'une molaire ? »

Je voulais savoir si les professeurs de l'Ecole de Stomatologie avaient accepté l'acception donnée à *buccal* par Dieulafé et Herpin, et adoptée par M. Barden ; mais, à ma grande satisfaction, pas un seul membre de la Société n'a adopté le mot *buccal* pour désigner la face linguale des dents.

Tout le monde a été d'accord pour que le mot *buccal,* désignant la face externe des molaires, soit abandonné et remplacé par le mot *vestibulaire.*

C'est la manière de voir que j'ai déjà adoptée dans mes derniers travaux, car, selon les principes élémentaires de nomenclature,les mots dont on ne se sert plus pour désigner un objet ou une chose doivent être abandonnés complètement et ne plus servir pour désigner une autre chose ou un autre objet. Faire le contraire, c'est parler *argot,* c'est-à-dire se servir intentionnellement des mots pour désigner des choses complètement différentes de celles désignées couramment par les mêmes mots.

N'oublions pas que nous avons le devoir de parler et d'écrire dans un langage tel que celui qui nous écoute ou nous lit, ne puisse faire autrement que de comprendre notre idée, sans avoir à fournir le moindre effort.

Or, lorsqu'on lira dans le *Traité de Stomatologie* de Nogué et Gaillard, par exemple, que la première grosse molaire supérieure a une seule *racine buccale,* on ne pourra comprendre qu'en faisant un grand effort, car on aura appris partout ailleurs que cette molaire a *deux racines buccales.*

J'arrête là ces considérations, me réservant de revenir plus amplement sur ce sujet au prochain Congrès français de Stomatologie.

OBSERVATION D'UN CAS D'HÉMORRAGIE DE LA BOUCHE

Par M. Rouveix.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

J'ai eu à m'occuper dernièrement d'une hémorragie de la bouche survenue chez un jeune homme de 30 ans, qui, il y a un mois, s'était fait enlever la première prémolaire supérieure droite. La dent avait été fracturée, la racine laissée en place et depuis le malade saignait.

Je le vis pour la première fois à 9 heures du soir, l'hémorragie avait augmenté et l'état général faiblissait. Voici quel était l'état de sa bouche moitié supérieure droite, la seule qui nous intéresse. Il avait ses incisives, sa deuxième prémolaire et sa deuxième molaire : les racines de la première prémolaire et de la première molaire.

La gencive ne saignait plus, cependant le point de départ de l'hémorragie avait été autour de la racine de la prémolaire fracturée. Mais sur ce point le malade a été très affirmatif : depuis près de trois semaines cette gencive avait cessé de saigner, tandis que sur la région palatine à la hauteur et à quelques millimètres de la racine de la prémolaire il y avait une escharre presque arrondie d'environ un centimètre de diamètre qui saignait abondamment. Je reconnus facilement aussi un décollement de la muqueuse palatine.

Je pratiquai d'abord de grands lavages à l'eau oxygénée de façon à bien nettoyer la plaie, puis je fis un tamponnement à la gaze stérilisée qui, malgré le peu de profondeur de la plaie, put rester en place.

Dans la nuit, 4 ou 5 heures après, le malade revint : il avait une nouvelle hémorragie. Je constatai alors que mon tamponnement n'avait pas bougé, mais que le sang provenait d'une nouvelle petite escharre un peu en arrière de la première. J'enlevai tout le tissu sphacélé qui se trouvait

autour et je procédai à un nouveau tamponnement : comme la première fois, l'hémorragie s'arrêta aussitôt.

Pour pouvoir être surveillé de plus près le malade entra dans une maison de santé. Pendant la journée qui suivit il n'y eut plus de sang ; mais vers le soir une nouvelle petite escharre se produisit. Il était difficile de faire tenir un tamponnement et le malade agacé avait constamment la langue sur la région, si bien que dans la nuit suivante l'hémorragie semblait difficile à arrêter.

Pour maintenir le tampon en place je fis avec du godiva dur un petit appareil qui s'appliquait exactement sur presque toute la moitié du palais. La deuxième prémolaire empêchait les mouvements de glissement et, pour obtenir la compression, je plaçai un lien de toile prenant point d'appui dans le godiva, passant entre les prémolaires du côté gauche et venant s'attacher sur la tête : grâce à ce dispositif le malade put dormir tranquille. Le lendemain l'appareil fut enlevé, l'hémorragie avait sensiblement diminué et les tamponnements avec du sérum sec de cheval suffirent à tarir tout à fait l'hémorragie. On avait fait également au malade des injections de sérum physiologique et de sérum de cheval. La muqueuse palatine est maintenant complètement cicatrisée et a repris son aspect normal.

Deux points paraissent intéressants dans cette observation : d'abord l'hémorragie ; quelle en est la nature ? Est-ce une hémorragie due simplement à de l'hémophilie ? Cliniquement le malade n'en a jamais présenté de symptôme. Ce n'est pas là il est vrai une raison suffisante pour en nier l'influence. Le point initial de l'hémorragie a cédé assez vite, puisque la gencive traumatisée par la tentative d'extraction n'aurait saigné qu'une huitaine de jours, tandis que les escharres ont saigné plus d'un mois. Alors en réalité ne faudrait-il pas voir dans ces escharres la cause de l'hémorragie ? Il a été fait plusieurs traitements et voici ce que le malade m'a cité : des applications de perchlorure de fer et de différentes poudres dont on ne lui a pas dit les noms ; des pointes de feu profondes, dont j'ai du reste relevé les traces.

Il est certain qu'on ne peut établir le diagnostic que sur des hypothèses, car il aurait fallu pour être absolument affirmatif avoir suivi le malade depuis le début.

Enfin, quoi qu'il en soit, le traitement à action immédiate n'en était pas moins la compression. Or le godiva peut dans des cas d'urgence nous rendre de grands services.

Si la compression avait été nécessaire plus longtemps, j'avais l'intention de remplacer cet appareil de fortune par un petit appareil en vulcanite qui aurait pu être déplacé et replacé plus facilement. Quant au mode d'attache pour obtenir une compression suffisante, c'est encore le lien passé sur la tête qui aurait offert, je crois, le plus de garanties.

OBSERVATION DE QUELQUES CAS DE MORTIFICATION PULPAIRE PAR TRAUMATISME ALIMENTAIRE CHEZ LES SOLDATS

Par Léonce Legrand.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

Depuis près de deux mois, je suis chargé par le Service de santé du Mans d'assurer le service dentaire dans les garnisons de Dreux (101ᵉ) et d'Argentan (104ᵉ régiment d'infanterie). Ces services, qui comprennent l'inspection et le traitement, fonctionnent sous le contrôle technique du service médical de chaque régiment.

J'établis pour chaque soldat des fiches semblables à celles de nos écoles, où sont marqués, en même temps que l'état de la bouche et des dents, les soins à donner à chacun, suivant les prescriptions de la circulaire ministérielle du 10 octobre 1907. Je suis chargé de tenir, en outre des fiches dentaires, un journal dentaire sur lequel j'inscris, dans l'ordre chronologique, les noms des hommes visités et le traitement que je leur ai appliqué.

Il va sans dire que tous les soins reçus par les soldats sont expressément gratuits. Ils sont donnés à chacun sur rendez-vous volontaires, inscrits sur un agenda particulier à chaque compagnie, et que je tiens en double, ou sur un ordre du médecin pour les soldats se présentant comme par le passé à la visite journalière pour maux de dents, et pour lesquels il juge mon intervention nécessaire.

Le service médical fournit tous les médicaments et produits nécessaires (ciments, amalgames, etc.), pour le bon fonctionnement de mes cabinets, sur bons signés par moi et approuvés par le médecin chef de service.

A Dreux le cabinet est ouvert les lundi, mardi et vendredi de chaque semaine de 8 h. à 10 h. du matin à l'infirmerie, et quand les malades sont par trop nombreux, l'après-midi, de midi à 5 h. A Argentan ce service ne fonctionne que le mercredi après-midi et le jeudi toute la journée.

L'inspection des dents a lieu tous les trois mois ; chaque fois

j'indique, comme à l'arrivée des jeunes soldats, l'état de la bouche et des dents avec les nouveaux traitements à exécuter.

Le tableau suivant montre l'utilité des services dentaires bien organisés au régiment. Sur cent malades environ examinés, j'ai pu exécuter, du 5 novembre 1910 au 1er janvier 1911, les travaux suivants :

A Dreux.	A Argentan.
25 extractions.	30 extractions.
6 quatrièmes degrés.	2 mortifications pulpaires.
6 mortifications pulpaires.	1 troisième degré.
4 troisièmes degrés.	12 deuxièmes degrés.
6 deuxièmes degrés.	1 consultation et traitement gencive.
2 consultations avec traitement des gencives.	3 nettoyages.
9 nettoyages.	

Depuis le peu de temps que j'assure ces différents services une chose m'a profondément frappé, très importante à mon avis, et que je tiens à vous signaler. J'ai été amené à constater que toutes les dents mortifiées sur lesquelles je n'ai pu relever aucune trace de carie siégeaient toujours ou presque toujours au côté droit de la mâchoire, rarement du côté gauche, tant au maxillaire supérieur qu'au maxillaire inférieur, particulièrement sur les grandes et petites incisives haut et bas et quelquefois même comprenant la canine.

De l'observation très minutieuse des sujets à laquelle je me suis livré et de l'interrogatoire que je leur ai fait subir, j'ai dû, après avoir éliminé toutes les causes pouvant déterminer ce genre d'accidents (chutes, coups de poings, etc.), attribuer (sous toute réserve cependant) ces mortifications de pulpes dentaires aux traumatismes causés par l'emploi du biscuit de guerre comme pain de table.

Tous ceux qui ont été soldats se sont rendu compte des efforts considérables (à cause de sa dureté) que sont obligées de fournir ces dents, lorsqu'on veut manger le biscuit tel qu'il est, et des chocs très violents qui s'en suivent lorsqu'il se casse brusquement, chocs plus que suffisants, à mon avis, pour amener la rupture, au niveau de l'apex de la

racine, des vaisseaux et filets nerveux qui se rendent aux dents, d'où mortification des matières restant dans la chambre pulpaire, amenant très rapidement tous les accidents qui m'ont fourni l'occasion de vous rapporter ces observations, c'est-à-dire fluxions, abcès, fistules, nécrose, etc., et pouvant même entraîner dans certains cas l'avulsion des dents lorsqu'elles ne sont pas soignées à temps.

Je serais reconnaissant aux confrères que ces observations peuvent intéresser de vouloir bien me donner leur avis, car jusqu'ici je n'ai pu trouver d'autres causes à ces accidents que la consommation de ce biscuit.

Sur tous les cas signalés deux hommes seulement n'en mangent pas ; mais, par contre, ils font des tours de force avec leurs dents (torsion de sous, élévation de poids lourds), ce qui semblerait confirmer mes observations.

Peut-être serait-il bon de demander aux autres dentistes de garnison, qui comme moi sont à même de constater les mêmes accidents, pourquoi ils ne les ont pas signalés ou à quoi ils les attribuent avant d'incriminer complètement le biscuit. En tous cas, la Société d'Odontologie pourrait émettre le vœu auprès du ministre de la Guerre, si mes observations sont reconnues exactes, qu'à l'avenir une circulaire ordonnât que le biscuit soit mangé détrempé dans la soupe, le café ou tout autre liquide avant d'être consommé par les soldats, qui pour les trois quarts ont de très mauvaises dentures et qui ne peuvent souvent, malgré leur bonne volonté, le manger tel qu'il est.

Liste des observations.

DREUX : 6 cas.

ARGENTAN : 2 cas sur le même sujet.

Il faut remarquer que tous ces cas sont constatés sur d'anciens soldats, à part deux, et ce sont précisément ceux qui font les tours de force signalés d'autre part, et qui sont jeunes soldats.

REVUE DES REVUES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par P. Bottoni.

(Communication au Congrès international de médecine de Budapest, 1909.)

Laissant de côté la pyorrhée alvéolaire produite par des calculs salivaires, je m'occuperai de l'autre espèce de pyorrhée, c'est-à-dire de celle que nous rencontrons chez les patients atteints de maladies diathésiques. Chez ces sujets la maladie se présente sous deux formes : péricémentite goutteuse et péricémentite phagédénique. Ces deux formes peuvent se trouver séparées ou réunies chez le même patient. Toutes deux ont la même étiologie générale, mais chacune présente des symptômes et un cours différents; c'est-à-dire que dans l'une on trouve des calculs d'acide urique comme caractère particulier, tandis que l'autre est marquée par une destruction rapide du cément et de ses annexes sans aucune cause évidente. J'ai cherché une explication de ce fait et j'ai commencé mes recherches en les basant sur l'observation de ce fait qu'il y a des sujets dans de mauvais états diathésiques, et dont les dents sont pourtant dans un état relativement bon, tandis que d'autres perdent plusieurs dents par suite de péricémentite goutteuse ou phagédénique avant d'avoir un trouble quelconque qui puisse se rattacher à une quelconque des maladies diathésiques.

En présence de ces faits et après avoir examiné ce que les auteurs ont écrit à ce sujet, je me suis convaincu que la pyorrhée alvéolaire a son étiologie dans deux facteurs également importants : un général et prédisposant ; l'autre local et déterminant, un trouble de la nutrition. C'est sur ce second facteur que j'ai porté mon attention et j'ai cherché à en trouver les raisons. J'ai étudié au microscope la membrane péridentaire à différents stades de la maladie et j'ai été surpris de constater très souvent de la sclérose des vaisseaux. Dans certains cas très avancés le résultat fut négatif, mais je crois que cela est dû au petit nombre de cas examinés, parce que, comme on sait, dans le stade ultime de la maladie le péricément est presque complètement détruit.

Or, comment l'artério-sclérose se manifeste-t-elle si souvent dans les vaisseaux péridentaires plutôt que dans les autres parties ? Quoique

nous puissions dire que dans tout organisme il y a un lieu de moindre résistance pour le développement de certaines maladies, la réponse n'est pas aisée. Les causes de l'endo-artérite sont nombreuses : hérédité, maladies infectieuses, maladies de la nutrition, fatigues physiques et intellectuelles, intoxications, syphilis, lésions des nerfs vaso-moteurs, âge.

En outre, suivant certains auteurs comme Josselin Dejong, Siegenbeck von Henkelom, quelques substances agissent davantage sur les cellules des organes, tandis que d'autres agissent plus sur le tissu connectif, en produisant des proliférations et par suite des scléroses. De toutes ces causes nous pouvons conclure avec Charcot : toute irritation des vaisseaux peut causer l'artério-sclérose quand elle se continue ou se répète fréquemment.

Arrivant aux cas cliniques, on comprend comment dans la péricémentite goutteuse il se produit de l'endocardite par action sur l'endothélium des vaisseaux et ce sont les calculs d'acide urique qui exercent leur action irritante de l'extérieur et favorisent ainsi le progrès de la maladie.

Dans la forme phagédénique nous devons considérer deux ordres de types : ceux à dépôts calcaires sous-gingivaux et ceux sans dépôts calcaires. Dans les premiers, la cause totale de la maladie est claire, dans les autres il faut admettre que l'artério-sclérose se développe par suite de conditions anatomo-pathologiques spéciales. Il est fâcheux que de telles anomalies soient difficiles à mettre en évidence parce qu'il serait nécessaire d'examiner le péricément avant et pendant le cours de la maladie. Virchow le premier a démontré que les artères qui ont un développement congénital défectueux — chez les chlorotiques par exemple — sont facilement affectées d'endocardite. Or, si nous considérons la fonction des dents et la quantité de malformation des racines, nous pourrons comprendre la facilité avec laquelle il peut arriver que quelque petite artère du péricément soit comprimée : de là l'altération de la circulation dans cette partie, la nutrition insuffisante, le déchaussement des dents, la résorption des gencives, l'infection pyogénique, etc.

On peut trouver une preuve qu'une pression exagérée ou continue sur le péricément puisse causer l'épaississement des parois artérielles en examinant au microscope le péricément des dents de sagesse extraites pour les troubles habituels dus à l'absence d'espace, car très souvent on rencontre cet épaississement.

En conclusion je crois que dans l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire il y a deux facteurs : l'un, général et prédisposant — toute diathèse — l'autre, local et prédisposant — un trouble de nutrition par sclérose des vaisseaux. Enfin la relation entre les causes prédisposantes et déterminantes n'est pas constante, parce que

souvent ces dernières suffisent par elles-mêmes à établir la maladie.

En présence de cette étiologie et de cette symptomatologie quel pourrait être le traitement ? Comme les causes, il doit être général et local. Nous reconnaissons tous l'importance d'un traitement général et je négligerai d'en parler. Quant au traitement local, je dirai que, si nous prenons en considération les causes déterminantes exposées il reste peu à faire : faire disparaître toutes les causes chimiques et mécaniques d'irritation, procurer du repos aux dents malades, maintenir vivant le plus possible le péricément qui n'est pas encore atteint par le processus de dégénérescence. Dans ce but je vois que rien n'est plus efficace que les lavages répétés des culs-de-sac gingivaux avec de l'eau oxygénée.

Cette substance désinfectante et astringente en même temps, ainsi injectée profondément au moyen d'une seringue, agit sur le pus et entraîne toutes les matières de décomposition en laissant les culs-de-sac parfaitement détergés ; en outre, en cédant l'oxygène libre aux tissus, elle leur offre plus de vitalité et de résistance contre la marche de la maladie. Ces irrigations sont répétées 10 à 20 fois tous les jours, au début, puis tous les 2 jours, tous les 3 jours, jusqu'à ce qu'il ne sorte plus de pus des poches gingivales. Alors on suspend le traitement pendant 2, 3, 4 mois au plus suivant les cas, puis on le reprend comme au début. Les résultats que m'a donnés ce traitement sont très satisfaisants comparativement à ceux des autres procédés et je me fais un devoir de le recommander à mes confrères.

(La Stomatologia.)

SUR UN MAMMIFÈRE ONGULÉ FOSSILE DE PATAGONIE DÉCOUVERT DERNIÈREMENT : HOMALODONTOTHÉRIUM

Par William Henry Flower, F. R. S.

Traduction de Ch. Bennejeant, D. E. D. P.

(Suite et fin.)

Comparaison des dents et conclusions taxonomiques. — Il ne peut y avoir de doute que les caractères dentaires de l'Homalodontothérium autorisent son placement dans l'ordre des ongulés. Il peut être moins facile à première vue de concevoir si l'on est en présence d'un Artiodactyle ou d'un Périssodactyle. L'égalité de hauteur et la continuité ininterrompue des dents ne sont pas une preuve qu'il participe de l'Artiodactyle Anoplathérium et du Périssodactyle Macrauchenia.

Un meilleur critérium est le caractère des prémolaires comparé à celui des molaires. Dans chaque Artiodactyle, comme toutes les prémolaires, même la dernière, sont de structure réduite, par rapport aux vraies molaires, une lacune plus ou moins facile à saisir dans la continuité de l'apparence des dents existe entre la dernière prémolaire et la première vraie molaire. D'autre part, chez plusieurs Périssodactyles, comprenant tous les représentants actuels de ce groupe, plusieurs des prémolaires postérieures sont de très fidèles répétitions des vraies molaires comme structure et comme forme, quoique ceci ne soit pas le cas pour les formes les plus dernièrement connues du groupe, les Coryphodons, Lophiodons et Hyracothériums, et, à un moindre degré, les Paleothériums, qui se rapprochent des Artiodactyles, ou peut-être plutôt d'un type ongulé plus général, dont aucun représentant n'a été encore découvert.

L'identité de structure des prémolaires et vraies molaires de l'Homalodontothérium l'éloigne de tous les Artiodactyles connus. Les caractères spéciaux des couronnes des deux mâchoires sont encore plus décisifs ; ils ne le placent ni parmi les Bunodontes, ni dans la division Sélénodonte de ce groupe, et excepté une ressemblance lointaine avec l'aberrant Anoplothérium, n'en présentent aucune avec les types connus d'Artiodactyles.

D'autre part, comme on le montrera, elles s'approchent du genre Périssodactyle Rhinocéros plus fidèlement qu'aucun autre animal connu. Afin de comprendre la nature et la valeur faronomique de cette ressemblance, de nombreuses remarques peuvent être nécessaires.

Si l'on considère les molaires supérieures, le caractère essentiel de la couronne des ongulés Périssodactyles, comme le montre bien le Lophiodon, est la présence de quatre cuspides principaux disposés en une paire antérieure (fig. 4 *a i c*, *a e c*) et postérieure (*p i c* et *p e c*) plus ou moins en rapport avec des crêtes transverses antérieure et postérieure (*a r* et *p r*). Les cuspides externes sont réunis par une crête antéro-postérieure, constituant la paroi externe ou lame (*l*), mais il n'y a aucune paroi interne correspondante réunissant les cuspides internes. Entre les deux crêtes transverses est un sinus médian (*m s*) limité extérieurement par la paroi externe, mais ouvert sur le côté interne. Derrière la crête postérieure transverse est un petit sinus (*p s*), ouvrant sur la surface postérieure de la dent ou seulement entouré par le cingulum et en face de la crête transverse antérieure un autre sinus moins important (*a s*).

En outre, les crêtes transversales sont habituellement placées obliquement, leur extrémité externe inclinant en avant et suivant tout le tranchant antérieur de leur cuspide externe respectif, de façon que leur surface postérieure soit plus ou moins concave.

De ce type dérivent trois importantes déviations :

1° La paroi externe non développée et les crêtes transverses deviennent les traits proéminents de la couronne de la dent comme chez les tapirs ;

2° Le tranchant libre de la paroi externe acquiert un caractère fortement zigzagué ou en forme d'un double croissant, dévié intérieurement en face de chacun des principaux cuspides externes et extérieurement aux angles antérieur et postérieur de la dent et dans le milieu des cuspides comme chez le Paleothérium, les chevaux et le Macrauchenia (à en juger par la figure de Bravard sur des molaires usées [1]);

3° La paroi externe est considérablement développée et en grande partie convexe, quoiqu'avec de légères élévations et dépressions, correspondant à celles si régulières et si bien marquées de la section précédente. Font partie de ce groupe le Rhinocéros (comprenant toutes ses modifications variées) et l'Homalodontothérium. Si une seule molaire supérieure de la forme mentionnée avait été seulement découverte, on aurait pu en référer au genre Rhinocéros, en employant le terme dans un sens large. On aurait en quelque sorte trouvé en quoi diffèrent les formes les plus typiques de ce genre, dans la convexité plus lisse et régulière de la paroi externe, le plein développement du cingulum, l'union plus complète des deux colonnes internes, qui interceptent le plancher du sillon au sinus médian, la direction moins oblique de la crête postérieure transverse, de plus petites dimensions du sinus postérieur et l'absence de crêtes se projetant dans le sinus médian appelées plaque peignante.

Les couronnes des molaires inférieures des ongulés Périssodactyles peuvent, comme on le sait, être dérivées du même type que les dents supérieures, *i, e,* deux crêtes transverses principaales reliant deux paires de cuspides ; mais il n'y a que deux modifications fondamentales :

1° Cette forme primitive est gardée, les crêtes restant transverses et sans connexion avec chaque autre comme chez les Lophiodons et les Tapirs ;

2° Les crêtes prennent la forme de croissant, leurs extrémités externes s'incurvant en avant de façon que la crête postérieure aboutisse en face de la crête contre la surface externe. Ceci est le cas de tous les animaux actuels du groupe. Une molaire inférieure non usée de Rhinocéros a ainsi extérieurement deux zones convexes séparées par un sillon vertical et intérieurement deux principaux sinus (fig. 3 *a s* et *m s*) correspondant aux saillies extérieurement. Le commencement de ces sinus est limité par trois piliers coniques : le premier (*a t*), de peu d'importance, représentant le talon antérieur des dents du tapir, le second (*a i c*) plus large repré-

---

1. Publié dans les *Anales del Museo Publico de Buenos Aires* de Burmeister, vol. 1, pl. 1.

sentant le principal cuspide antéro-interne, et le troisième (*p i c*) le principal cuspide postéro-interne. C'est la plus large dimension et le caractère complexe des deux derniers qui, avec une longueur verticale excessive de la couronne, distinguent les molaires inférieures du cheval de celles du Paleothérium et du Rhinocéros.

En comparant une molaire inférieure d'Homalodontothérium avec une dent également usée de Rhinocéros, on verrait qu'elles sont précisément formées sur le même type. Les seules différences importantes sont que la surface externe de la première est plutôt émoussée, la zone convexe postérieure est relativement plus allongée, étant produite en arrière par une sorte de talon (*p t*) séparé par un sillon (*p s*) sur le côté interne de la colonne postéro-interne (*p i c*) et, comme dans les dents supérieures, le cingulum est développé plus complètement. Elle diffère de la dent en double croissant du Paleothérium encore plus que de celles du Rhinocéros ou du Macrauchenia, et, par la compression latérale, l'émoussement et la complexité de la colonne postérieure, elle montre une légère tendance vers le genre Equus.

Les molaires et prémolaires des deux mâchoires supérieure et inférieure montrent des caractères rhinocérotiques fortement marqués ; mais, en passant à l'examen des canines et incisives, la ressemblance manque complètement, au moins avec les vrais Rhinocéros, car ceux-ci ont chacune de ces dents tout à fait rudimentaire et caduque ou, lorsqu'elles sont fonctionnellement développées, grandement réduites en nombre et séparées des molaires par un large diastème.

Il y a un genre américain du Miocène inférieur du Dakota, à qui Leidy a donné le nom d'Hyracodon, qui, cela est prouvé par les alvéoles du bord alvéolaire, possède le plein complément d'incisives et de canines comme dans l'Homalodontothérium [1].

Malheureusement les caractères de ces dents sont actuellement imparfaitement connus ; mais elles paraissent devoir être plus différenciées que celles de l'Homalodontothérium et occuper une position intermédiaire entre ce genre et le vrai Rhinocéros. Aussi en jugeant d'après les dents seules, nous pouvons placer l'Homalodontothérium, l'Hyracodon et le Rhinocéros comme trois termes d'une série de modifications. Il est tout à fait possible que, comme l'Hyracodon qui est d'une antiquité géologique plus grande que le Rhinocéros, l'Homalodontothérium puisse être un type encore plus primitif [2].

---

1. Mammifères éteints du Dakota et du Nébraska (1869), pl. 232. Faune ancienne du Nébraska (1853), p. 81, pl. XIV, XV.

2. Une comparaison plus détaillée avec les dents du Macrauchenia serait désirable, mais malheureusement les matériaux ne sont pas encore publics. A en juger par un dessin non publié amicalement prêté par le professeur Gervais, les incisives et prémolaires de ce genre ont une forme entièrement différente.

La découverte de cette nouvelle forme apporte quelque lumière sur les affinités des très énigmatiques Nesodon et Toxodon. Si, comme cela fut observé par la première description de ces genres, « l'intervalle entre le Toxodon et le Macrauchenia est partiellement comblé par le Nesodon [1] », l'Homalodontothérium est un autre chaînon de la même chaîne reliant le Nesodon aux vrais Périssodactyles. Les modifications nécessaires pour convertir les molaires d'Homalodontothérium en celles du Nesodon, portant spécialement sur la longueur des couronnes, auraient pour résultat les dents à pulpe persistante sans racines du Toxodon, et, par les caractères des incisives et des canines du Nesodon, le rendraient intermédiaire aux deux autres genres.

Nous avons ainsi une nouvelle forme de mammifère qui, aussi loin que l'évidence des caractères dentaires le montre (ce moyen n'est pas suffisant pour décider de l'affinité, comme le montre le cas de l'Hyrax), nous permet de juger qu'il s'agit d'un type extrêmement général, se reliant, d'une part, au Rhinocéros par l'Hyracodon, d'autre part, quoique moins nettement, au Macrauchenia, et reliant vraisemblablement ces vraies formes périssodactyles aux types aberrants Nesodon et Toxodon.

On peut attacher une importance moindre aux fragments d'os envoyés avec les dents, car il n'est pas sûr qu'ils appartiennent à l'Homalodontothérium. Les plus caractéristiques sont :

1° La plus grande partie de l'os iliaque droit d'un animal environ de la taille du tapir américain commun, et ressemblant à celui de cette espèce quoique différant dans plusieurs détails, notamment dans la forme de la cavité cotyloïde ;

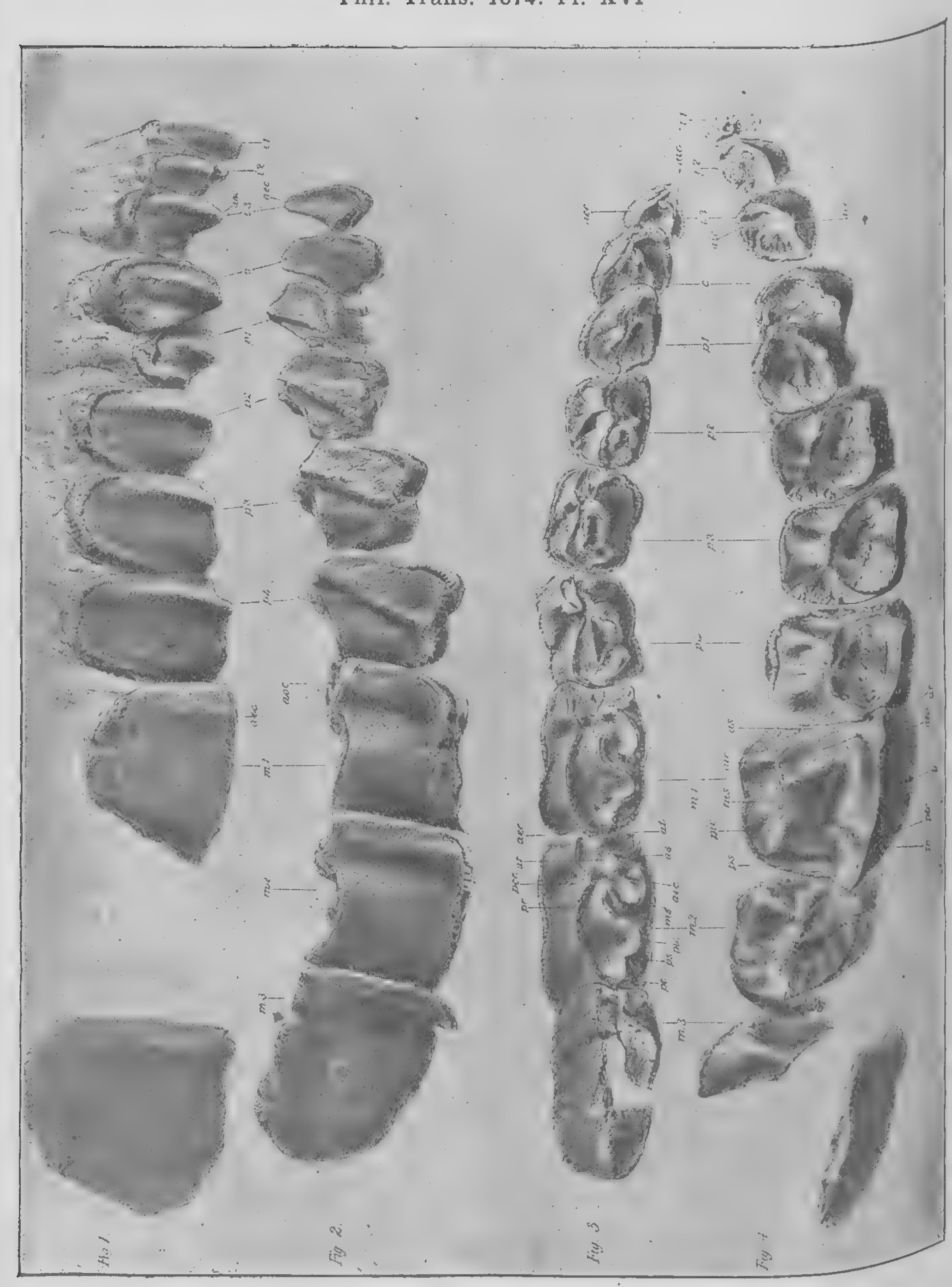
2° Une vertèbre dorsale mutilée qui, par sa forme et son âge (les épiphyses du centre étant détachées comme celles de la crête de l'ilion dans le dernier spécimen mentionné), appartient probablement au même individu, ce qui éloigne plus des caractères équins ou rhinocérotiques que des caractères tapiroïdes. Ces pièces appartiennent, évidemment, à quelque forme inconnue jusqu'ici ; si c'est à l'Homalodontothérium, elles sont de plus petites dimensions que ne le feraient supposer les dents, à moins que l'animal n'ait une tête disproportionnée large et lourde ;

3° Un fragment de l'extrémité articulaire inférieure d'un tibia, probablement la moitié interne, d'un animal de beaucoup plus grandes proportions, à peu près celle du Rhinocéros indien. Si je ne me trompe pas dans sa détermination, il est plutôt anormal dans ses caractères, ressemblant en forme générale à la partie correspondante du tapir, mais avec une profonde dépression rugueuse entaillant le bord interne de

---

1. Owen, *British Association* Reports (1846), vol. XVI, p. 66.

Phil. Trans. 1874. Pl. XVI



Mammifère ongulé fossile de Patagonie.

la surface articulaire lisse, analogue à ce qui se voit seulement chez l'Hippopotamus parmi les ongulés actuels;

4° Un fragment d'os long de 0 m. 25, apparemment le bord postérieur, du cubitus d'un animal d'aussi grande taille que celle de celui auquel appartient la pièce précédente.

Ces spécimens seront déposés avec les dents au British Muséum et deviendront d'un grand intérêt lorsque celles-ci seront comparées à celles que nous pouvons espérer obtenir par de futures explorations dans la même localité. Il est possible qu'ils puissent appartenir à l'une ou l'autre espèce de Nesodon, dont un, le Nesodon magnus, seulement connu par un fragment de dent molaire, égale le plus large rhinocéros en dimensions[1].

Description de la planche XVI.

Fig. 1. — Vue latérale des dents supérieures de l'Homalodontothérium Cunninghami.

Fig. 2. — Vue latérale des dents inférieures.

Fig. 3. — Surface triturante des dents inférieures gauches.

Fig. 4. — Surface triturante des dents supérieures gauches.

a e c) Cuspide antéro-externe.

a i c) Cuspide antéro-interne de la dent molaire; les parties correspondantes des incisives sont marquées par les mêmes lettres.

p e c) Cuspide postéro-externe.

p i c) — — interne.

a r) Crête antérieure transverse.

p r) Crête postérieure transverse.

a s) Sinus antérieur.

m s) Sinus médian.

p s) Sinus postérieur.

a t) Talon antérieur ou cuspide accessoire.

p t) Talon postérieur ou — —

l) Paroi externe ou lame.

(Philosophical Transactions of the royal Society of London 1874, 1re partie, p. 173.)

---

1. Voir : « Description de quelques espèces du genre éteint Nesodon » par le professeur Owen, F. R. S. Philosophical Transactions (1853), p. 291.

REVUE ANALYTIQUE

Protection des yeux du dentiste contre les dangers auxquels ils sont exposés. — Simplicité ! — La mâchoire à ressort. — Le massage et la pâte de bismuth dans la pyorrhée alvéolaire. — Traitement de l'épulis par le radium. — Les affections ulcéreuses non syphilitiques de la bouche et le Salvarsan. — Tabac et prophylaxie buccale. — Bulles sanglantes de la langue au contact du sel.

Protection des yeux du dentiste contre les dangers auxquels ils sont exposés.

Des lunettes protectrices sont nécessaires quand on enlève le tartre pour éviter des accidents oculaires, légers ou graves :

M. A. Senn, de Zurich, qui a traité cette question en septembre 1905, dans la 77e réunion des naturalistes et médecins allemands, à Méran (Autriche), y est revenu à la 21e assemblée annuelle de la Société odontologique suisse tenue le 12 août 1906 à Genève. Sa communication a été publiée en 1907 dans la *Revue trimestrielle suisse d'Odontologie* (vol. 17, fasc. 4) et a fait l'objet d'un tirage à part, qui nous est parvenu récemment.

Si les faits démontrent que dans l'extraction des parcelles de tartre sautent dans les yeux et les blessent, ils ne démontrent pas, par contre que si les opérateurs portent des lunettes de verre et que si celles-ci sont brisées, les morceaux de verre aient blessé leurs yeux. Ce n'est pas seulement lors de l'ablation du tartre et de l'avulsion de la dent que l'œil est exposé, il l'est aussi lors du coupage ou du limage des dents, du sondage et tous ces accidents entraînent une incapacité de travail de plusieurs jours à plusieurs semaines, indépendamment de la lésion plus ou moins grave. L'opérateur peut également être blessé par les instruments à double tranchant, notamment les excavateurs.

Il est donc nécessaire que le dentiste porte pendant qu'il opère auprès du fauteuil, aussi bien que pendant qu'il travaille au laboratoire, des lunettes à gros verres, non seulement le débutant, mais encore le praticien expérimenté.

Le lorgnon, à cause de sa grande mobilité et de sa moindre résistance à un objet dur, est peut-être préférable aux lunettes.

Pour éviter de fatiguer les yeux, éviter que les cils ne touchent les verres et que la distance visuelle normale de 30 centimètres environ soit toujours observée.

Pour ménager la vue il est avantageux que le cabinet d'opération reçoive sa lumière du nord ; éviter le travail de nuit ou du moins se restreindre ; habiter dans un air pur, calme et sans poussière ; se livrer aux sports nautiques, de montagne d'hiver, à la chasse, etc.

En cas de fatigue de l'œil, les douches d'eau fraîche sur l'œil fermé ont un effet réconfortant.

En cas de blessure ne pas faire usage de compresses froides, mais mettre un tampon d'ouate et s'adresser à l'oculiste ; en cas d'impossibilité se rincer abondamment aussitôt l'œil avec de l'eau stérilisée ou

avec une solution de sublimé au 1/5000. Ne pas enlever les corps étrangers avec ses doigts : se servir d'un tampon d'ouate imbibé de cette solution ou d'une solution d'acide borique à 3 o/o.

Simplicité !

M. Charézieux, qui est directeur d'une école de stomatologie et qui s'intitule « premier admissible au concours de dentiste des hôpitaux », vient d'écrire en trois pages dans le *Journal de médecine de Paris* un traité de dentisterie ; nous transcrivons fidèlement le traitement d'une carie non pénétrante.

Le diagnostic bien établi, tout devient simple ; il suffit d'enlever l'ivoire ramolli avec une fraise à tête ronde de dimension appropriée à la cavité, de réséquer avec une fraise à fissure tous les bords minces et surplombants, puis, avec une fraise en cône renversé de donner à la cavité la forme qui lui permettra la rétention de la matière obturatrice. Il ne reste plus qu'à combler la perte de substance avec un ciment pour les dents antérieures, avec un amalgame pour les dents du fond ; la manipulation de ces substances ne demande qu'à être bien vue une fois ou à être exécutée deux ou trois fois, en suivant la technique que les fournisseurs spéciaux joignent à leurs produits *(sic)*.

L'auteur passe ensuite au traitement de la carie pénétrante et conclut ainsi : le reste, c'est-à-dire la manipulation des substances obturatrices n'est que la technique, c'est-à-dire une partie qui s'apprend suivant les aptitudes de chacun ou très vite, ou assez vite, quand on possède les grandes directrices que nous avons indiquées.

Nul doute que tous les lecteurs de cet article ne se précipitent vers la dentisterie, qu'on leur montre si facile. Mais la pratique de la stomatologie leur semblera si simple, qu'il est probable aussi qu'ils négligeront de se faire inscrire à l'école de M. Charézieux.

La mâchoire à ressort.

Un médecin militaire, M. Dejouany, a décrit récemment une curieuse affection à laquelle il a donné le nom de mâchoire à ressort ; pour exceptionnelle qu'elle paraisse, elle vaut d'être connue.

Certes, les mâchoires qui « craquent » ne sont pas rares, mais on ne saurait confondre pareils craquements avec la mâchoire à ressort : ce qui caractérise le « ressort », ici, comme aux phalanges, comme à la hanche, c'est le ressaut, net et brusque, le déclanchement, qui se produit dans tel mouvement, à tel degré du mouvement, et qui se produit deux fois, à l'aller et au retour, dans la flexion et l'extension, dans l'abaissement et l'élévation de la mâchoire et toujours au même point.

Le cas observé par M. Dejouany était, du reste, des mieux caractérisés à ce point de vue. Il s'agissait d'un soldat de vingt et un ans, et les accidents dataient d'une année ; le début en avait été brusque, sans traumatisme. Toutes les fois que la bouche s'ouvrait et que les arcades dentaires s'écartaient de 2 centimètres, on sentait, au doigt appliqué sur l'articulation temporo-maxillaire, un ressaut très accusé ; on voyait, du reste, le relief condylien se dessiner fortement en avant, et surtout l'on entendait, jusqu'à 7 ou 8 mètres de distance, un gros bruit de

craquement. Quand la bouche se refermait, il ne se produisait aucun bruit, mais on percevait nettement, au niveau de l'interligne, un choc, un ressaut, qui même retardait un peu sur le moment où les arcades dentaires revenaient au contact. Ce double déclanchement était gênant plutôt que douloureux, mais la gêne était très pénible pour le sujet et pour l'entourage, par suite de la répétition du gros craquement; aussi le jeune homme s'efforçait-il « de parler et de manger, entre ses dents », suivant l'expression de M. Dejouany, pour éviter d'abaisser sa mâchoire jusqu'au point où elle « faisait ressort ».

Trois observations analogues ont été précédemment publiées par Lanz (d'Amsterdam) qui avait réuni ces trois faits sous le nom de *Discitis mandibularis*, dénomination empruntée à la pathogénie, car il paraît démontré que le disque, le ménisque intra-articulaire est principalement en cause.

Toutefois, comme le signale M. Dejouany, on ne trouve, dans la mâchoire à ressort, rien qui rappelle la discite, la méniscite, telle qu'elle s'observe au genou, par exemple. Il s'agit d'une subluxation du ménisque, dont les *retinacula* normaux sont, en tel ou tel point, relâchés ou manquants ; la subluxation se produit en dehors ou en avant.

Dans deux des cas signalés par lui, M. Lanz intervint, et l'intervention fut suivie de guérison.

Il ouvrit l'articulation temporo-maxillaire par une courte incision horizontale, parallèle au bord déclive de l'apophyse zygomatique : il reconnut alors, que, dans l'abaissement de la mâchoire, le ménisque se déplaçait anormalement en avant, il chercha même la rupture ligamentaire, sans la trouver, et prit le parti d'exciser purement et simplement le ménisque subluxé. *(Semaine médicale.)*

Le massage et la pâte de bismuth dans la pyorrhée alvéolaire.

L'usage de la pâte au sous-nitrate de bismuth remonte à deux années. M. Rodolphe Beck, médecin-dentiste de Chicago, exposait ses expériences et les résultats obtenus par l'usage de la pâte au sous-nitrate de bismuth dans la pyorrhée alvéolaire et les abcès chroniques. La pâte qu'il emploie dans un but diagnostique et thérapeutique pour les suppurations chroniques est composée d'une partie de sous-nitrate de bismuth et de deux parties de vaseline blanche.

Avec une seringue on injecte dans l'ouverture de la fistule une certaine quantité de cette pâte liquéfiée au bain-marie, jusqu'à ce que tous les trajets fistuleux soient remplis. Il ne faut pas que l'injection soit faite avec trop de force sinon de fausses directions se produiraient. Quand l'injection a réussi on remarque que la sécrétion purulente devient rapidement séreuse et la fistule se ferme souvent après une seule injection. Dans les cas rebelles, il faut renouveler l'injection tous les deux ou trois jours pendant un mois.

La substance injectée est décomposée par hydrolise à la chaleur du corps et met en liberté l'acide azotique, qui serait le véritable agent curatif.

Naturellement il faut s'assurer qu'il n'existe pas un séquestre dont la présence puisse nuire à la guérison.

L'auteur de l'article, M. Piergili, de Rome, a expérimenté la méthode de Beck dans la pyorrhée. Voici sa façon de procéder :

Tout d'abord, il lave les culs-de-sac purulents avec une solution antiseptique, et s'assure par le massage que tout le pus a été expulsé.

Pour le massage, l'auteur s'était servi de quelques pointes du marteau électrique sur l'extrémité libre desquels il avait fait vulcaniser du caoutchouc mou. Mais les masseurs gingivaux de Fleischmann sont parfaitement appropriés à ce but, car avec eux l'on peut bien atteindre toutes les parties de la gencive et même les interstices. On monte ces pointes sur le maillet électrique ou sur le maillet du tour à pédales et l'on règle la force du coup. L'auteur pratique ainsi le massage de la gencive de haut en bas pour les dents supérieures et vice versa pour les dents inférieures.

Par ce massage, on enlève tout le pus de chaque cavité purulente ce qui est fait quand on voit sortir de la matière séreuse sanguinolente. On enlève ensuite les concrétions calcaires qui siègent sur les racines, et on en dissout les dernières parcelles avec du bifluorure acide d'ammonium. On remplit ensuite les cavités avec de la pâte de bismuth, au moyen de la seringue de Pravaz remplie directement par l'orifice d'entrée du piston.

Au bout de deux ou trois jours on renouvelle le massage et l'introduction de pâte. En quelques séances, la stérilisation des poches pyorrhéiques est complète.

(Piergili, *Laboratoire*, 9 avril 1911.)

Traitement de l'épulis par le radium.

L'épulis est parmi les tumeurs une de celles qui se laissent le plus favorablement influencer par les rayons du radium.

Malgré sa relative bénignité, ses caractères histologiques la rangent dans l'ostéo-sarcome et une large intervention est nécessaire pour éviter la récidive ; il semble donc légitime de faire l'essai d'une thérapeutique par le radium, dont l'action sur les néoplasies malignes est souvent si utile. MM. Wickham et Degrais ont donc traité ainsi une épulis de la mâchoire inférieure, composée de deux parties bien distinctes, l'une interne, l'autre externe, reliées par un pont couvrant la seconde prémolaire gauche et la dent de six ans. Cette tumeur, grosse comme une grosse noix, ressemblait à une boule de godiva qu'on aurait séparée en deux parties inégales.

Il a été fait une première série d'applications d'une heure répétées dix fois au cours de quinze jours.

Peu après ce premier traitement la diminution de la tumeur est devenue manifeste.

Une deuxième série en tous points semblable est faite un mois après. Une troisième série de dix heures encore un mois après. Enfin une quatrième de dix heures encore deux mois après.

Une dernière application a abouti à la disparition des derniers ves-

tiges de l'épulis et depuis cette époque il ne s'est produit aucune menace de récidive.

Peut-être serait-il encore prématuré de parler de guérison, mais le résultat obtenu sans qu'à aucun moment il n'y ait eu d'inflammation surajoutée et sans que le malade ait eu à supporter la plus légère douleur a paru intéressant à signaler. Les dents ont acquis une solidité normale.

Si cette méthode pouvait arriver à donner des résultats constants et permanents, il est bien évident qu'elle serait très certainement supérieure à l'extirpation chirurgicale parce qu'elle sauvegarde les dents et une portion du maxillaire.

Pour abréger la durée du traitement, il pourrait y avoir lieu de combiner la méthode par le radium et la méthode chirurgicale.

(Gazette des Hôpitaux.)

Les affections ulcéreuses non syphilitiques de la bouche et le Salvarsan.

Il existe normalement dans la cavité buccale certains spirochètes, les « spirochœte buccalis, dentium, refringens », dont la différenciation est souvent difficile, et on discute encore pour savoir si le spirille de Vincent est ou non différent de ces saprophytes normaux de la bouche.

Pour Gerber, il n'est pas douteux qu'à côté de l'angine de Vincent il existe toute une série d'affections ulcéreuse et inflammatoires de la bouche et du pharynx qui sont des maladies à spirochètes ; telles la gingivite, la stomatite simple et mercurielle, beaucoup d'abcès périostiques et péribuccaux, le scorbut et peut-être aussi le noma.

L'auteur explique aussi la genèse de ces affections : grâce à une altération locale ou générale, il se produit une lésion de la muqueuse buccale, par exemple à la suite de refroidissement, d'une mauvaise nutrition, d'affections générales, d'hydragyrisme, etc. Les spirochètes et les bacilles fusiformes qui restent toujours dans les cryptes amygdaliennes, sur la langue et en particulier sous le bord gingival, trouvent alors un terrain favorable à leur développement, deviennent pathogènes, détruisent çà et là l'épithélium surtout au niveau des amygdales et provoquent des ulcérations.

Toutes ces affections constituent donc une même famille, qui a son entité étiologique, et dont l'angine de Vincent n'est qu'un membre particulièrement marquant, et toutes ces maladies à spirochètes ont un point commun des plus intéressants à connaître au point de vue thérapeutique ; elles guérissent par le Salvarsan.

Les cas d'angine de Vincent guéris par le 606 sont déjà assez nombreux. Gerber en apporte deux autres. Dans un de ces cas, il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, qui se plaint, depuis huit semaines, d'une mauvaise odeur de bouche qui lui paraît venir d'une dent. Son ablation n'amène pas la guérison. Au contraire, quelques douleurs cervicales apparaissent. A l'examen, on note une angine de Vincent typique de l'amygdale droite. A l'ultra-microscope, tout le champ fourmille de spirochètes agglomérés, avec quelques bacilles fusiformes.

On fait une injection intra-veineuse de 0,50 de Salvarsan, qui fut bien supportée. Pendant deux jours seulement, la température s'éleva à 38°5-39°. Le lendemain, l'ulcération était bien nettoyée ; les ganglions cervicaux étaient encore un peu douloureux. Le surlendemain, l'inflammation du pourtour de l'ulcère était disparue ; à l'ultra-microscope on ne voyait que peu de spirochètes, la plupart sans mouvements. Trois jours après le malade est guéri. Ni spirochètes, ni bacilles fusiformes à l'ultra-microscope.

Plus intéressant encore est le cas de scorbut que rapporte l'auteur. Il s'agit d'un matelot de 23 ans, qui a navigué pendant quatre ans et vingt mois sans interruption et qui s'est nourri de biscuits et de viande salée. De nombreux matelots étaient atteints de scorbut en même temps que lui. Des ulcérations gingivales débutèrent en décembre 1910, et le 19 janvier on constate que les gencives inférieures droites sont œdématiées, rouges et couvertes d'un enduit grisâtre. Une ulcération blanche existe au niveau de la première molaire et en arrière de la dernière. En face de celle-ci, la muqueuse de la joue présente une ulcération jaunâtre de la grosseur d'un pois, ressemblant à une aphte. D'autres ulcérations sont disséminées sur les amygdales. Les ulcérations saignent fortement par le grattage. Haleine fétide. Ganglions sous-maxillaires infiltrés et douloureux, surtout à gauche. Nombreux spirochètes gros ou fins, très mobiles, visibles à l'ultra-microscope, peu de bacilles fusiformes.

On fait une injection intra-veineuse de 0,60 de Salvarsan, bien supportée. Le lendemain, amélioration objective et subjective des lésions buccales. A l'ultra-microscope, les spirochètes sont encore mobiles, mais moins nombreux. Deux jours après, les gencives sont nettoyées et cicatrisées, les amygdales sont également nettoyées. Pas un seul spirochète à l'ultra-microscope. Le 3e jour, muqueuse normale. Guérison.

Ces observations offrent un grand intérêt, tout d'abord un intérêt pratique ; du fait qu'une ulcération de la bouche est guérie par le Salvarsan, on ne conclura plus fatalement à sa nature syphilitique ; enfin, un intérêt thérapeutique : s'il est inutile d'employer le Salvarsan pour traiter une gingivite légère, ce médicament sera tout indiqué dans les affections graves et tenaces, comme la stomatite grave, le scorbut, le noma.

(Gerber, *Münch. Med. Woch.* 1911, n° 9 et *Arch. de Stomatologie*, mai 1911.)

Tabac et prophylaxie buccale.

D'après Cavallaro, le tabac à dose modérée a une action bienfaisante sur l'organisme en général, mais plus spécialement sur les fonctions de l'appareil digestif, à doses modérées bien entendu ; il est nocif à haute dose, toxique par la nicotine qu'il contient.

Les muqueuses buccales dans leurs diverses formes pathologiques, imputées au tabac, gingivites, stomatites, leucoplasie, épithéliomes (langue et lèvres), adénites, ne relèvent pas directement de l'usage du tabac. Le noircissement des dents, etc., n'est dû qu'à la fumée et à la

chaleur qu'elle provoque, mais surtout à la malpropreté de la bouche, des arcades dentaires.

Au contraire, le tabac, par sa nicotine a un effet absolument antiseptique et bactéricide au premier chef et cela avec une efficacité d'autant plus grande que la bouche est propre.

Dans les expériences suivies par M. Cavallaro la durée de l'action du tabac sur les diverses cultures fut de 40 à 45 minutes, la quantité moyenne de tabac consumé fut de 15 grammes.

Or, la fumée eut le don de retarder le développement ou d'annihiler complètement le pouvoir virulent du bacille de Koch, de celui de la pneumonie, staphylocoque, mésenthéricus, vulgatus, typhosus, bacterium coli, etc. ; plus le tabac est fort, plus l'action anti-microbienne se fait sentir, c'est une stérilisation de la salive.

(Journal Dentaire Belge.)

Bulles sanglantes de la langue au contact du sel.

Le sel en nature et parfois aussi le bicarbonate de soude peuvent susciter, au contact de la muqueuse buccale, l'apparition de bulles remplies de sang. Le pourtour de la langue, sa face inférieure, les commissures labiales sont particulièrement vulnérables. Ces soulèvements bulleux ont le volume d'un pois à un haricot. Perce-t-on ces bulles, il s'en échappe du sang plus ou moins mélangé de sérosité ; elles s'affaissent laissant après elles une douleur locale passagère. Les laisse-t-on se résorber, elles s'excorient et il en résulte une érosion douloureuse. C'est pendant les repas que ces bulles se forment subitement, au contact de quelque parcelle saline. Veut-on en prévenir le retour, on réduira le sel et on recommandera de n'en saupoudrer les aliments que longtemps avant de les servir, pour qu'il se trouve à l'état de dissolution réparti dans leur substance et non concrété à leur surface.

C'est là un curieux exemple de rupture vasculaire et d'hémorragie sous-muqueuse suscitée par l'hypertonisme local dû à la présence du sel.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Poudre dentifrice. — Mélanger deux cuillerées de charbon de bois de tilleul pulvérisé, deux cuillerées de racine d'ocre en poudre avec de la crème de tartre (prise à la pointe d'un couteau) et avec une cuillerée d'écorce de quinquina en poudre. S'en servir matin et soir.

Pulvérisation antiseptique pour dents et gencives. — En nettoyant les dents je fais suivre fréquemment le bâton et la soie floche par la roue à brosse employée sur les faces coronaires. Puis je me sers d'une pulvérisation antiseptique sous une pression de 30 livres et passe sur toutes les dents, entre elles, en particulier sous le bord gingival, pour enlever complètement les débris qui auraient pu être laissés.

Arrêt de la périodontite aiguë par le trikrésol-formaline. — En cas de périodontite infectieuse aiguë, à la période de début, c'est-à-dire en cas d'inflammation, mais sans suppuration, le trikrésol-formaline à 2/1 donne d'excellents résultats, s'il est employé à propos et avec prudence. Si la sensibilité de la dent le permet, on peut non seulement ouvrir, nettoyer et désinfecter la cavité pulpaire, mais aussi le canal pulpaire. Puis on remplit ce dernier d'un désinfectant liquide et l'on ouvre le foramen apical, si possible; on le sèche ensuite, on introduit un petit tampon d'ouate, imbibé de trikrésol-formaline dans la cavité pulpaire et l'on ferme hermétiquement. Laisser dans le canal de la place pour les vapeurs de formaline qui se forment. Il n'est pas nécessaire de traiter le canal au trikrésol-formaline avant cette application.

Ce traitement est contre-indiqué, s'il y a de l'enflure ou du pus. Employé à propos il fait disparaître la douleur en quelques minutes. Si celle-ci revient dans les quelques heures qui suivent, recommencer le traitement. Ne pas laisser le patient voyager immédiatement après la première application.

Si la dent est demeurée deux ou trois jours indolore on procède au traitement de la racine.

L'auteur (M. Senn, de Zurich) combine ce procédé avec le traitement par l'acide sulfurique ; après élargissement du canal par cet acide et sa neutralisation, on place comme précédemment un tampon de ouate trikrésol formaliné pour éviter la douleur causée par la causticité.

(*Zahnärztl. Rund.*, 18e année, n° 50.)

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE

Siège social : 49, rue de Miromesnil.

STATUTS

TITRE I. — DÉNOMINATION. SIÈGE. BUT.

Art. 1. — Sous les auspices de la *Fédération dentaire internationale*, il est fondé une société sous le nom de *Comité national français d'hygiène dentaire* dans le but de vulgariser l'hygiène dentaire, de créer et de favoriser, conformément aux principes odontologiques, les œuvres qui peuvent la développer.

Son siège social est chez le président ; il peut être transféré ailleurs par décision du Conseil d'administration.

TITRE II. — COMPOSITION.

Art. 2. — La société se compose de :

1° Membres d'honneur ;
2° Membres bienfaiteurs ;
3° Membres actifs ;
4° Membres adhérents.

a) Sont membres d'honneur les personnes qui, par leur influence ou par leurs travaux, servent ou peuvent servir la cause de l'hygiène dentaire.

b) Sont membres bienfaiteurs les personnes qui ont versé une somme minimum de cent francs.

c) Sont membres actifs les personnes qui paient une cotisation annuelle de deux francs. La cotisation est facultative pour les personnes faisant partie d'établissements d'enseignement ou d'assistance.

d) Peuvent être membres adhérents les personnes n'appartenant pas à la profession dentaire et qui ne paient pas de cotisation. Ils n'ont pas le droit de vote.

e) Les sociétés s'intéressant à l'hygiène dentaire peuvent être admises aux divers titres indiqués ci-dessus. Pour être admises comme membres actifs, elles doivent verser une cotisation annuelle de 10 fr. par délégué. Le nombre de ces délégués est fixé à 1 par 250 membres ou fraction de 250 membres, sans que ce nombre puisse dépasser 5.

Chacun de ces délégués est soumis à la cotisation de membre actif.

Il en est de même des comités régionaux issus soit de l'initiative du Conseil d'administration, soit d'initiatives diverses.

Art. 3. — Les admissions sont prononcées par le Conseil d'administration.

Art. 4. — La qualité de membre se perd :

1° Par démission ;

2° Par radiation prononcée pour motifs graves par l'assemblée générale à la majorité des deux tiers des membres présents après rapport du Conseil d'administration, le membre intéressé ayant été dûment entendu par celui-ci.

Art. 5. — La société est administrée par un conseil composé :

1° De vingt-quatre membres élus en assemblée générale pour 3 ans et renouvelables par tiers, dont douze pris parmi les dentistes et douze parmi les non professionnels ;

2° Des délégués français de la F. D. I. ;

3° Des délégués des sociétés adhérant comme membres actifs.

Les membres sortants sont rééligibles.

Art. 6. — Nul ne peut faire partie du Conseil d'administration s'il n'est français, majeur et jouissant de ses droits civils.

Art. 7. — Les délégués français de la *Fédération dentaire internationale*, de la *Fédération dentaire nationale,* des Sociétés adhérentes et des comités régionaux, font partie de droit du Conseil d'administration.

Titre III. — Administration.

Art. 8. — Le Conseil d'administration choisit parmi ses membres un bureau composé de : un président, quatre vice-présidents, un secrétaire général, un secrétaire général adjoint, un secrétaire administratif adjoint, un trésorier, un bibliothécaire-archiviste.

Le bureau est élu pour un an dans la séance du Conseil qui suit l'assemblée générale.

Le trésorier représente la Société en justice et dans tous les actes de la vie civile.

En cas de décès ou de démission d'un membre, le Conseil d'administration pourvoit à son remplacement, sauf ratification par la plus prochaine assemblée générale.

Art. 9. — Les ressources de la Société se composent :

1° De la cotisation de ses membres ;

2° Des dons et subventions ;

3° Des fonds placés et de leurs revenus.

Les cotisations doivent parvenir directement au trésorier dans le courant du mois de janvier de chaque année, sinon elles sont recouvrées moyennant une perception supplémentaire de 0 fr. 50 pour frais de recouvrement.

Art. 10. — L'assemblée générale du *Comité national français d'hygiène dentaire* a lieu chaque année. Le Conseil en fixe la date et le lieu. Les convocations sont envoyées au moins huit jours d'avance.

Tous les membres peuvent y participer; seuls les membres bienfaiteurs et les membres actifs peuvent prendre part aux votes.

Art. 11. — L'assemblée générale entend et approuve le rapport du secrétaire général et celui du trésorier. Elle statue sur les propositions présentées par le Conseil d'administration.

L'assemblée générale nomme les membres du Conseil d'administration ; l'élection se fait au bulletin secret, à la majorité absolue des votants.

Art. 12. — Les votes sur les questions soumises à l'assemblée ont lieu à main levée ; le scrutin secret est de droit s'il est demandé en séance par dix membres.

Art. 13. — Toute discussion politiqne, religieuse ou sur un sujet étranger au but de la Société est rigoureusement interdite dans les réunions.

Art. 14. — Les statuts peuvent être modifiés par l'assemblée générale sur la proposition du Conseil d'administration et sur convocation spéciale.

Art. 15. — La convocation d'une assemblée générale extraordinaire est obligatoire si elle est demandée par le bureau ou la majorité du Conseil d'administration ou le cinquième des sociétaires.

Art. 16. — La dissolution de la Société ne peut être prononcée que par une assemblée générale spécialement convoquée dans ce but.

Cette assemblée doit comprendre au moins la moitié plus un des membres de la Société.

La décision de dissolution doit être votée au scrutin secret et réunir les deux tiers des suffrages des membres présents. Dans le cas où le quorum ne serait pas atteint, une nouvelle assemblée générale sera réunie trois mois après et ses décisions seront valables quel que soit le nombre des membres présents.

La dissolution décidée, l'assemblée statue sur l'emploi de l'actif, qui devra être attribué de préférence à des œuvres dentaires similaires ou, à leur défaut, à des œuvres d'hygiène générale.

GROUPE DES AMIS
des écoles dentaires de Paris et de l'A. G. S. D. F.

Nous avons reçu communication de l'ordre du jour suivant adopté par le Groupe :

Le Groupe des Amis des écoles dentaires de Paris et de l'A. G. S. D. F., réuni en son dîner mensuel du vendredi 2 juin 1911,

Considérant le désaccord qui s'est produit entre les membres du Comité d'initiative d'hygiène dentaire à l'Assemblée constitutive du

5 mai dernier et qui a abouti à la formation de deux sociétés : le *Comité National Français d'hygiène dentaire* et *l'Association française d'hygiène dentaire*, ayant toutes les deux un but analogue et ne présentant aucune incompatibilité absolue entre elles ;

Se plaçant uniquement au point de vue de l'intérêt général du public et de la profession et en dehors de toute question de personnes ;

Emet le vœu :

Que le différend soit aplani et que, s'il ne l'est pas, il reste strictement limité aux questions de vulgarisation de l'hygiène dentaire, sans que l'action des deux sociétés vienne en quoi que ce soit compromettre l'union si nécessaire au progrès des différentes œuvres professionnelles des odontologistes, ni affaiblir, par des divisions nouvelles, leur activité et les détourner de la lutte engagée pour la défense des principes odontologiques et le succès de leurs revendications contre les prétentions toujours plus agissantes des stomatologistes.

Correspondance

Nous avons reçu lorsque la mise en pages de ce numéro était déjà faite une lettre de M. Francis Jean, que nous publierons dans notre prochain numéro.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Dijon.

(31 *juillet au* 5 *août* 1911.)

Paris, le 15 mai 1911.

Mon cher Confrère,

La satisfaction, bien légitime, ressentie à Toulouse l'année dernière au moment où les suffrages des Congressistes me désignaient pour présider les travaux de la SECTION D'ODONTOLOGIE, au Congrès de l'*Association Française pour l'Avancement des Sciences,* — Dijon, août 1911, — n'a pas été exempte d'inquiétudes et de préoccupations.

Serai-je à la hauteur de ma tâche ? Le souvenir des sessions passées ne pèserait-il pas sur ma modeste personnalité !

La réflexion a calmé mes craintes ; ce passé, au contraire, ne me répondait-il pas de l'avenir ; les mêmes personnalités ne vont-elles pas (par pur dévouement à notre profession) faciliter ma tâche !

Mon espoir n'a pas été déçu ; à mon premier appel : présidents de sociétés professionnelles, directeurs d'écoles dentaires, anciens présidents de précédents Congrès, confrères désignés par leurs travaux scientifiques, cliniques ou spéciaux, mais aussi par la dignité de leur vie et leur impeccable probité professionnelle, sont venus à moi, prêts au travail, s'empressant de m'assurer que les communications ne me feraient pas défaut, en hommes habitués d'arriver aux Congrès les mains pleines.

Avec un pareil Comité d'organisation, je puis, en leurs noms, aux noms de l'art dentaire et de la science odontologique, faire appel à tous ceux qui ont souci de la grandeur de notre si intéressante et surtout si utile profession, du développement des connaissances utiles à cette grandeur, à ceux aussi qui savent que l'estime réciproque est indispensable pour amener l'union de tous les membres de cette grande famille.

Je demande instamment l'oubli des dissentiments personnels ou professionnels pour arriver à notre Congrès annuel la main dans la main, formant le bloc qui doit nous rendre invincibles.

Cet idéal d'entente que beaucoup ne voyaient que dans un avenir

brumeux et lointain, se rapproche à pas de géant à chaque Congrès ou fédération.

L'*Association Française pour l'Avancement des Sciences*, avec son organisation spéciale, ses vingt sections absolument indépendantes, paraît être le moyen par excellence de rapprochement, en provoquant chaque année dans une ville choisie à cet effet, la réunion d'hommes, que la science, terrain neutre s'il en fut, a joints, dans un même idéal de recherches scientifiques et d'altruisme pratique, créant ainsi des relations basées sur l'estime réciproque.

Quantité de communications nous sont annoncées, nous en publierons les titres à mesure qu'ils nous parviendront, mais en outre, le Comité d'organisation a décidé de porter à l'ordre du jour les rapports suivants :

Ciments translucides.
Rétention des appareils complets.
Inlays d'or et aurifications.

J'ose espérer, mon cher confrère, que le zèle montré par ces travailleurs de la première heure, stimulera le vôtre et si vous ajoutez à votre présence le concours d'une communication sur une observation qui vous est personnelle, vous ferez œuvre utile à tous. A cet effet, je ferai tout ce qu'il me sera possible pour établir l'ordre des travaux du Congrès pendant la session, m'efforçant de les grouper par communications connexes permettant ainsi de donner à la discussion toute l'ampleur nécessaire à la grande satisfaction des orateurs. Je prie à cet effet, les auteurs de m'envoyer de suite les titres de leurs communications.

En outre, je ferai imprimer sinon le texte du moins le résumé des travaux qui me seront envoyés un mois avant l'ouverture de la session.

Je prie instamment les auteurs, s'ils ne peuvent m'adresser le texte intégral de leur mémoire, de m'en adresser au moins le résumé. Ces résumés sont appelés à paraître dans le fascicule qui est publié immédiatement après le Congrès.

Avec l'aide du Comité local, dont je puis me porter garant quant au zèle, des séances de démonstrations seront organisées comme de coutume. Ces démonstrations présentent un intérêt qui va toujours croissant, la plupart de nos confrères y trouvent un enseignement. Si la modestie ne retenait pas quantité de nos collègues, ces séances de démonstrations présenteraient un attrait beaucoup plus grand par le nombre et la diversité qui en découlent.

Les grandes questions scientifiques d'un caractère que certains trouvent abstraites amènent de véritables joutes oratoires, tournois d'érudits, indispensables à tout Congrès dont les sciences sont la base,

ne doivent pas faire oublier les questions d'apparences plus modestes, mais intéressant vivement la plupart des praticiens venant prendre contact avec leurs collègues, afin d'en tirer quelques trucs opératoires, tours de mains, etc., si utiles à tous.

C'est surtout dans les démonstrations que satisfaction peut être donnée à ceux-là ; je recommande (instamment) aux démonstrateurs de m'envoyer la liste des instruments ou installations nécessaires à leurs travaux.

J'ose espérer, mon cher confrère, que vous voudrez bien faire partie de la session de *l'Association Française pour l'Avancement des Sciences,* à Dijon, cette année ; vous y recevrez l'accueil le plus chaleureux aussi bien du Comité local que de la Municipalité. Le Comité de l'*Association Française pour l'Avancement des Sciences,* tient à honneur de renseigner tous les Congressistes sur les excursions organisées, visites à faire, fêtes, etc., etc. Je recommande à nos confrères mariés de se faire accompagner de leur femme, afin de donner un caractère plus intime aux repas, banquets et fêtes qui ne font jamais défaut dans ces assises annuelles, mode le plus agréable du reste pour amener d'amicales et durables relations entre les membres de la grande famille odontologique.

Veuillez donc, mon cher confrère, me retourner rempli, le bulletin d'adhésion ci-joint, et croire à mes sentiments les plus dévoués.

Le Président,
GEORGES GRIMAUD,
Professeur à l'Ecole Odontotechnique.
41, boulevard Raspail, Paris.

N. B. — Les auteurs sont *instamment* priés d'adresser un court *résumé* (15 à 20 lignes) de leurs communications au Secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, Paris (VIe), avant le 1er juillet.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
(F. D. I.)

Londres, 19 mai 1911.

Mon cher collègue,

Je vous adresse le programme provisoire de la session de la F. D. I., qui se tiendra à Londres les 1[er] et 2 août prochain.

La séance d'ouverture aura lieu au Collège royal des chirurgiens d'Angleterre, et le président du Collège a bien voulu consentir à y assister et à nous faire un discours. Nous espérons que cette séance, qui est ouverte aux membres du Conseil exécutif et des diverses Commissions, à leurs femmes, ainsi qu'à certains hôtes de la Fédération, pourra commencer à l'heure fixée sur le programme.

Les séances du Conseil exécutif et des Commissions se tiendront à l'Université de Londres.

Diverses questions, dont quelques-unes ont été ajournées lors de la dernière session de Paris (mars 1910), solliciteront l'attention des membres.

Parmi les questions nouvelles il faut citer l'organisation du Congrès dentaire international de Londres (août 1914), et notre secrétaire général, M. Schäffer-Stückert, se propose de nous faire profiter à cet égard de la grande expérience qu'il a acquise en prenant part à l'organisation du dernier Congrès dentaire international.

Des discours importants sont attendus du président de la Commission d'enseignement et du président de la Commission d'hygiène. Le premier, M. Edouard C. Kirk, qui a dressé une statistique avec un grand soin, augmentera sans doute notre connaissance des méthodes d'enseignement dans les diverses écoles dentaires du globe et nous éclairera sur l'uniformisation des programmes d'enseignement. M. Jessen, dont nous apprécions si hautement les vastes connaissances d'hygiène dentaire publique en matière de cliniques scolaires, nous fera très certainement un tableau exact des progrès de cette question au point de vue international.

Les travaux des Commissions d'enseignement, d'hygiène, de terminologie dentaire, de documentation et de bibliographie, de jurisprudence et de déontologie, dirigés par le président et les membres des Bureaux, recevront toute l'attention qu'ils méritent.

Comme on me demande de temps en temps comment on peut collaborer aux travaux d'une Commission, je profite de cette occasion pour rappeler à mes collègues, auxquels, je suppose, des questions semblables sont fréquemment posées, que je conseille aux candidats d'envoyer leur nom au Bureau de la F. D. I. à Londres, où il sera

immédiatement procédé à l'enquête et aux formalités nécessaires préliminaires à l'élection par le Conseil exécutif.

Comme président de l'Association dentaire britannique, j'ai l'honneur et le plaisir d'annoncer à mes collègues de la F. D. I. qui se proposent d'assister à la session que les membres de l'Association seront heureux de les accueillir comme invités à leur réunion annuelle, qui aura lieu les 3, 4 et 5 août à Londres. J'ajoute qu'un petit Comité de membres de l'Association parlant des langues étrangères sera nommé pour aider les membres de la F. D. I. qui ne connaissent pas la langue anglaise.

Si vous voulez bien aviser le secrétaire adjoint de la F. D. I., salle 28, 19 Hanover Square, Londres, de votre intention de prendre part à la session de la Fédération, vous nous faciliterez notre tâche.

Croyez, mon cher collègue, etc.

W. B. PATERSON, président.

Session annuelle de 1911, Londres.

Mardi 1er août et mercredi 2 août.

Mardi 1er août.

10 *heures du matin.* — Séance d'ouverture au Collège Royal des chirurgiens, Lincoln's Inn Fields, W. C. (Derrière le Palais de Justice).

Le président du Collège assistera à la séance et souhaitera la bienvenue à la Fédération.

Discours du président de la F. D. I., des représentants des divers pays et des présidents des Commissions d'enseignement et d'hygiène.

Attribution du prix Miller à M. Greene Vardman Black.

Réunion du Conseil exécutif (l'heure et l'ordre du jour seront indiqués plus tard).

NOTA. — Le Bureau de la F. D. I. ayant été pressenti sur la question de costume pour la séance d'ouverture laisse chacun juge de la question, mais organise un vestiaire au Collège qui fournira des robes universitaires à ceux qui désirent en revêtir.

8 *heures du soir.* — Banquet à l'hôtel Cecil.

Mercredi 2 août.

10 *heures 1/2 du matin.* — Réunions des Commissions à l'Université, Imperial Institute Road, South Kensington, S. W.

2 *heures de l'après-midi.* — Réunions ajournées (s'il y en a).

8 *heures de l'après-midi.* — Séance du Conseil exécutif.

Quartier général à l'hôtel Cecil où une salle spéciale sera réservée aux membres de la F. D. I. et où tous les avis seront apposés.

Réception des membres de la F. D. I., le lundi 31 juillet à 9 heures du soir, veille de l'ouverture de la session.

Réceptions par l'Association dentaire britannique à l'hôtel Cecil, mercredi soir, 2 août, à 9 heures, et au Collège Royal des chirurgiens le vendredi soir, 4 août, réceptions auxquelles sont invités les membres de la F. D. I. et leurs femmes. La collection Hunter au musée du Collège sera visible.

Commission de bibliographie et de documentation.

Secrétariat : rue des Chevaliers, 20, Bruxelles.

Les difficultés que présentent l'organisation des bibliothèques et le classement des archives dans une science aussi complexe que la nôtre, ont décidé la Fédération dentaire internationale à créer en son sein une Commission de bibliographie et de documentation.

Ce projet a été approuvé au Congrès tenu à Berlin en août 1909, et la commission provisoire a présenté à la session de Paris (avril 1910) un plan d'organisation dressé d'après les méthodes préconisées par d'autres Sociétés savantes.

Celles-ci ont confié à l'Institut international de bibliographie le soin de conserver et de mettre, au besoin, à la disposition de leurs membres les documents qu'elles possédaient.

Imitant leur exemple, la F. D. I. s'est réservé, au local de l'Institut, une installation spéciale où elle peut requérir le concours d'agents expérimentés.

Elle y a créé un premier fonds de bibliothèque et de collection documentaire. Mais ici la commission est obligée de reconnaître que l'appel adressé aux sociétaires, lors de la séance de Paris, n'a pas été entendu.

Il est de l'intérêt de toutes les personnes qui s'occupent d'art dentaire d'envoyer à la « Commission de bibliographie et de documentation de la F. C. I., 3 *bis*, rue de la Régence, Bruxelles », tous les tirages à part, livres, gravures, schémas destinés à la publicité ; de même que tous les périodiques, brochures, livres anciens et nouveaux qui finissent par encombrer les bibliothèques.

Ces documents seront catalogués avec désignation de leur origine et seront mis à la disposition des intéressés.

Nous faisons donc un nouveau et pressant appel à tous ceux qui veulent contribuer au progrès de la F. D. I. et ne pas laisser son œuvre inachevée.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas et traité de prothèse métallique dentaire moderne.

Par le Dr Eugène MULLER, de Zurich.

Traduit par M. FRANCHETTE, *directeur adjoint de l'Ecole odontotechnique de Paris.*

Sous ce titre le Dr E. Muller vient de faire paraître la cinquième édition allemande de son atlas et traité qu'a traduit notre très distingué confrère M. Franchette et que la Société française de fournitures dentaires nous offre en première édition française.

Cette étude de la prothèse moderne contient 250 pages, plus de 1.000 illustrations et 50 superbes planches en noir et en couleurs; elle est divisée en sept chapitres.

Le chapitre Ier traite de la préparation des dents et des racines pour l'adaptation des couronnes et des travaux à ponts.

L'auteur, en quelques pages, décrit la méthode qu'il emploie depuis de longues années dans le traitement des racines de dents vivantes ou de dents mortes, laissant au lecteur le soin de puiser ce qui peut l'intéresser ou lui être utile. Toutes les méthodes, dit-il, judicieusement employées, sont bonnes, les résultats seuls les justifient.

Puis il indique la préparation des racines et, par de nombreuses figures en couleurs, il montre les instruments qu'il a l'habitude d'employer et la manière de les placer, démontrant ainsi les points d'appui que l'on doit toujours prendre dans la préparation des dents ou racines.

L'auteur préconise la pince coupante pour la résection des couronnes. Nous sommes à cet égard d'un avis différent. Cet instrument devrait être banni de notre matériel opératoire, il a déjà occasionné trop d'accidents de fractures et surtout il agit avec une telle force que les patients, lorsqu'ils le connaissent, en sont effrayés. Il est du reste facile de couper une dent avec douceur en employant la fraise à fissures à laquelle on imprime un mouvement de scie.

Le chapitre II s'occupe des travaux de couronnes.

L'auteur décrit une grande variété de couronnes des plus intéressantes, couronnes universelles d'une seule pièce, couronnes fenêtrées, à faces de porcelaine scellées au ciment, à facettes de caoutchouc blanc ou encore à facettes de ciment à base de silicate ; ces trois derniers procédés nous paraissent moins recommandables, la durée ne

peut être bien longue, le ciment dans certains milieux buccaux ne résistant pour ainsi dire presque pas.

Après la description des couronnes avec dents à tube, couronnes Logan, à bague, etc., l'auteur indique deux systèmes de couronnes ne coûtant presque rien et pouvant être très bien utilisées dans les cliniques ou dans les écoles, ce sont des couronnes de fonte malléable et d'amalgame à bagues.

Dans le chapitre III nous trouvons les différentes sortes de dents à pivot ; les systèmes préférés de l'auteur y sont énumérés et parfaitement illustrés : dents à pivot, à ressort et à capsule ou rondelle, dents simples à pivot, puis encore dents à pivot avec facette de caoutchouc ou facette de ciment au silicate.

Ce chapitre se termine par une étude des réparations des dents à pivots mobiles ou fixes. La méthode du Dr Bryan qui consiste à remplacer la dent cassée par une autre fixée au moyen d'un écran muni d'un pas de vis est parfaitement exposée et les instruments nécessaires y sont très bien représentés.

Le chapitre IV sur les travaux à pont est très complet ; l'auteur, tout en donnant sa préférence au pont mobile à cause des selles que l'on peut faire porter sur les muqueuses — et qui par cela même fatiguent moins les piliers — du nettoyage facile, de la simplification du traitement en cas d'inflammations radiculaires, des réparations aisées, passe en revue trois sortes de ponts : ponts mobiles, ponts démontables et ponts fixés.

Il décrit, et ses figures parlent encore mieux, de nombreux exemples de ponts qu'il a employés depuis 15 ans avec succès. Il termine par l'étude des ponts en caoutchouc, en fonte malléable, pont avec facettes et gencives au ciment de silicate rose et enfin de ce qu'il appelle des *dentiers à ponts* et qui ne sont autre chose que des appareils de prothèse ayant des pivots amovibles ou des crochets portant sur des couronnes, avec des plaques palatines très réduites. Il nous présente ensuite des dentiers à ponts fixés par des ressorts spiralés, qui nous paraissent plutôt compliqués et peu recommandables étant donné les couronnes qu'il faut faire au maxillaire sur lequel viennent appuyer les ressorts.

A la fin de ce chapitre nous trouvons quelques observations générales sur les ponts, très intéressantes, entre autres un exposé des avantages et des inconvénients de la dévitalisation des dents qui doivent être couronnées en vue de la pose d'un pont. L'auteur, avec lequel nous sommes en complet accord sur ce point, prétend qu'il est impossible qu'une dent parfaitement préparée, c'est-à-dire dépouillée de tout son émail, puisse supporter une couronne métallique s'ajustant très bien, la couche de ciment dans ce cas étant trop mince pour pouvoir préserver la dent vivante des impressions thermiques.

Le chapitre V est réservé aux plaques de dentiers en métal. Nous y voyons un nouveau procédé d'estampage avec des moules en métal fusible, la description d'une presse à estamper qui exerce une très forte pression à l'aide d'un gros tampon de caoutchouc et un petit procédé à la fois simple et très pratique. Lorsqu'on est en présence de palais profonds et de bords alvéolaires difficiles à obtenir, on place entre le contre-moule et la plaque à estamper des boulettes de caoutchouc aux endroits les plus profonds.

En quelques mots il explique la manière de prendre l'articulation en se servant de la plaque, au moment de l'essayage en bouche. Puis il décrit un grand nombre de plaques métalliques, simples ou combinées avec le caoutchouc, d'autres montées avec dents à tube et enfin des plaques de métal avec surfaces triturantes en métal remplaçant les dents.

Le chapitre VI sur les travaux d'aluminium n'offre rien de particulier si ce n'est l'emploi de doubles plaques, qu'il préconise, et leur réunion par une couche de caoutchouc. C'est là un procédé fort simple qui peut être excellent, mais que l'on ne saurait juger sans l'avoir essayé.

Le chapitre VII signale en quelques pages l'emploi de plaques de caoutchouc « Reforme ».

Ce sont des plaques-bases en deux sortes de caoutchouc de différentes couleurs et d'égales épaisseurs, reproduisant des deux côtés toutes les sinuosités palatines, les rendant ainsi plus agréables et plus résistantes.

Pour conclure l'auteur expose, avec de superbes photographies à l'appui, comment il conçoit un laboratoire et un cabinet pourvus de tout l'outillage moderne.

Ce traité de prothèse métallique dentaire, remarquablement édité, avec ses nombreuses et superbes illustrations qui en rendent la lecture très aisée et plus compréhensible, sera, j'en suis sûr, apprécié de tous, étudiants ou praticiens, et chacun pourra y puiser une foule de procédés des plus ingénieux; nous ne pouvons que remercier et féliciter le Dr Eugène Muller de ce grand travail.

Nous exprimerons un seul regret, c'est que la coulée des métaux, si employée à l'heure actuelle pour les plaques et surtout pour les ponts, ne soit pas mentionnée dans cet atlas, qui eût été alors tout à fait complet ; cela s'explique toutefois par le fait que cet ouvrage est sans doute publié en allemand depuis plusieurs années, tandis que ce procédé qui bouleversa bien des méthodes ne remonte guère qu'à trois ans.

Enfin qu'il nous soit permis en terminant de remercier aussi et de féliciter notre très distingué confrère M. Franchette, directeur adjoint de l'Ecole odontotechnique, de cette magistrale traduction

qui va permettre à bien des confrères français d'apprécier les travaux qui se font au delà de nos frontières et que les différences de langue nous empêchent si souvent de connaître.

HENRI VILLAIN.

Comptes rendus du 3e Congrès international d'hygiène scolaire.

Nous avons reçu les comptes rendus du 3e Congrès international d'hygiène scolaire (vol. 3, communications), qui s'est tenu à Paris du 2 au 7 août 1910.

Dans ce volume de 1015 pages, les pages 863 à 929 sont consacrées à la troisième sous-section (Hygiène de la bouche et des dents dans les écoles) de la XIe section. Nous y trouvons les procès-verbaux des séances tenues par la sous-section, ainsi que les communications qui n'ont pas paru dans le premier volume. Nous avons publié d'ailleurs la plupart de ces communications et le résumé de ces séances.

Pyorrhea alveolaris.

La collection Wilhelm Pfaff s'est enrichie d'une nouvelle publication : la pyorrhée alvéolaire, étude étiologique, clinique et thérapeutique, par M. Georges Blessing. Ce volume, de 68 pages, publié, comme les précédents, chez l'éditeur Dyck, de Leipzig, comprend un index bibliographique, une préface, puis sous trois rubriques intitulées 1er, 2e et 3e groupes, les causes locales, les causes générales, la théorie combinée, enfin les méthodes de traitement : général, local ; ce dernier se subdivise en ablation du tartre, en traitement mécanique et chimique ; en traitement de la gencive, physique, chirurgical et médicamenteux ; en dévitalisation de la pulpe, en appareils de maintien. L'auteur termine par l'analyse clinique des cas traités.

Livres reçus.

Nous avons reçu de M. A. Masur, de Breslau, une brochure (en allemand) intitulée : Nouvel agent thérapeutique pour l'anesthésie locale pulpaire et dentinaire.

*
* *

Nous avons reçu de M. Amoëdo son *Rapport sur le Congrès international américain de médecine et d'hygiène Buenos-Ayres* (1910).

VARIA [1]

Dentiste pour fauve.

M. Noyer, directeur de la clinique de médecine, vétérinaire de Berne, a reçu la visite inattendue du dompteur d'une ménagerie avec un ours qui, depuis quelque temps, refusait toute nourriture.

M. Noyer ausculta le plantigrade et constata que l'ours avait mal aux dents. Il fallut se décider à extraire la molaire ; pour ce faire, on coucha l'animal sur la table d'opération en le liant solidement. L'extraction n'eut pas lieu sans difficultés, car la dent tenait bien et l'ours poussait des hurlements épouvantables. Mais, finalement, l'opérateur retira la molaire.

On délia ensuite l'ours, lequel roulait des yeux furibonds. Mais l'animal ne se sentit pas plutôt libre que, pour se venger, il allongea un formidable coup de patte à M. Noyer. Heureusement, celui-ci put se reculer à temps et il en fut quitte pour une blouse déchirée.

Le dompteur emmena ensuite son peu commode pensionnaire.

Dentiste pour chevaux.

Presque dans chaque grande ville des Etats-Unis il y a des dentistes pour chevaux. Ils sont très occupés pendant toute l'année. Ils ont, bien entendu, des instruments spéciaux pour l'extraction et l'obturation. Pour cette dernière ils emploient l'or, l'aluminium et l'amalgame. Les honoraires varient de 25 francs à 625 francs *(Harper's Weekly)*.

Chien de police avec des dents obturées.

Le chien de police de l'arrondissement de Dramberg, Lynx, a, depuis quelques jours, des dents obturées. Avant qu'il fut dressé pour cet emploi, son ancien propriétaire lui avait limé les quatre incisives. Peu à peu elles se gâtèrent, le nerf fut mis à nu et l'animal était dans l'impossibilité de saisir et de maintenir des objets durs. Ces dents furent réparées par un dentiste, qui anesthésia le chien avec de la morphine et, après enlèvement du nerf, obtura les cuspides et les dents avec un amalgame d'argent.

1. Tout ce qui est publié sous cette rubrique est emprunté aux journaux les plus divers, français et étrangers, professionnels, politiques ou autres.

A propos des massacres de septembre.

Anecdote qui se trouve dans les *Souvenirs d'un médecin de Paris*, du docteur Poumiès de la Siboutie, récemment parus :

« Le chanoine de Goy était au nombre des prêtres qui furent massacrés aux Carmes en septembre 1793. Lorsqu'on vint pour enlever les cadavres, le charretier s'aperçut qu'il y en avait un qui conservait un reste de vie. Il en fit l'observation à un inspecteur des cimetières, qui fit surseoir à l'inhumation. Cet homme, rempli d'humanité, fit secrètement appeler un chirurgien, qui donna des soins si heureux au pauvre prêtre qu'il fut parfaitement guéri.

» Plein de reconnaissance pour ses deux sauveurs et ne voulant pas les compromettre plus longtemps, il se sépara d'eux. Sous un nom supposé, il alla habiter avec une vieille parente, apprit la profession de dentiste, qu'il a exercée à Paris avec distinction jusqu'à ce que des temps plus calmes lui permirent de rentrer dans les ordres. Comme il était inscrit sur les registres de décès, il se donna le plaisir de lever une expédition de son acte mortuaire, qu'il m'a fait lire plusieurs fois ; il signait souvent *feu* de Goy... »

Comment on fabrique les dents artificielles.

Pendant longtemps, les dents artificielles furent fabriquées avec de l'ivoire. On se servait surtout des défenses d'éléphant et d'hippopotame. Or, cette variété d'ivoire, pourtant supérieure aux dents d'autres animaux, était attaquée par les acides contenus dans les aliments ; elle ne tardait pas à jaunir, à se fendre, à s'effriter.

On eut recours aux dents humaines, et des journaux ont raconté les coupables exploits de ces industriels qui démeublaient les bouches les plus saines en échange de quelques francs. Ce procédé inhumain est tombé en désuétude.

L'invention de la « dent incorruptible », c'est-à-dire de la dent en porcelaine, devait porter un coup fatal à cette odieuse industrie et la remplacer par une industrie à la fois plus morale et plus scientifique.

La dent de porcelaine se compose de deux parties : le corps et la couche d'émail. Des chimistes expérimentés s'occupent en premier lieu de la composition de la pâte, d'après une formule qui est le secret des usines. Ce qu'on peut dire avec certitude, c'est que les ingrédients comprennent du silicate d'alumine, du silex et du kaolin. L'émail est fabriqué avec du feldspath, un peu de silex et une matière colorante que l'on demande à l'or et à ses oxydes.

Le mélange ainsi obtenu est broyé très finement et exposé à

l'énorme chaleur d'un four électrique. Quand la matière est rougie à blanc, on la précipite dans de l'eau froide, puis, après l'avoir concassée et dépouillée de ses impuretés visibles, on la passe au mortier pour la réduire en une poussière impalpable. Celle-ci est fondue de nouveau au four électrique, et l'on y mélange de la poussière de silex ; elle a maintenant l'apparence d'une pâte translucide.

C'est au tour des mouleurs d'intervenir, et leur rôle est des plus importants, car les formes des dents sont infiniment variées, selon l'âge et le sexe du patient, et aussi selon le caprice de la mode. Vous doutiez-vous que cette fantasque déesse demandait à dire son mot dans une question aussi intime, aussi personnelle ? Des fabricants nous apprennent que les élégantes se lassent d'une forme de dent aussi rapidement que d'une forme de chapeau.

Il s'agit donc de fabriquer des moules qui puissent répondre, en leur ensemble, à toutes les requêtes, et les artisans chargés de cette partie de l'opération sont de véritables artistes-modeleurs.

D'autres ouvriers versent la pâte dans les moules minuscules, qui comportent chacun un couvercle, et les rangent sur des plateaux que des hommes emportent vers les fours. Quand la cuisson est terminée, les moules sont transportés dans un atelier où des ouvriers experts font subir aux dents un premier polissage, les débarrassent de leurs bavures, corrigent les imperfections de modelage et les préparent pour une seconde cuisson.

Elles prennent le chemin d'un nouveau four électrique où elles sont soumises à une chaleur plus considérable et surtout plus prolongée que la première fois, puis elles sont dirigées sur un atelier où des hommes procèdent à un nouveau polissage. C'est maintenant aux femmes de dire le dernier mot.

Rangées par trois ou quatre douzaines sur des cartons de couleur noire, les dents sont déposées devant des ouvrières qui, d'un coup d'œil, découvrent les plus imperceptibles défauts de forme.

Il s'agit maintenant de classer les dents par nuance, et les hommes n'y verraient rien. Les femmes, elles, savent distinguer jusqu'à trente nuances entre le blanc d'ivoire et le blanc jaunâtre.

Est-il besoin d'insister sur la nécessité de ce triage ? Toute personne contrainte de porter des dents artificielles n'a qu'un souci : cacher à tous les yeux cette légère infirmité. Et malheur à elle si une dent trop blanche ou trop jaune fait tache entre les gencives ! La ruse sera vite éventée.

Comment les Japonais arrachent les dents.

Le dentiste japonais arrache les dents avec ses doigts, sans le secours d'aucun instrument. Il saisit adroitement la tête de son patient

à l'angle maxillaire, de manière que la bouche soit forcée de rester ouverte; puis, plongeant le pouce et l'index de l'autre main dans la bouche de son malade, il arrache, quand le cas se présente et dans l'espace d'une minute, cinq, six et sept dents au patient, sans que celui-ci puisse fermer la bouche, même une seule fois. Quelque incroyable que la chose puisse paraître, elle s'expliquera tout naturellement, quand on saura de quelle manière les dentistes japonais sont préparés à l'exercice de leur art. Sur une planche de bois tendre, sont creusés des trous et dans ces trous on enfonce des chevilles; puis cette planche est placée par terre et l'apprenti-dentiste doit alors, avec le pouce et l'index de la main droite, saisir et arracher les chevilles l'une après l'autre, sans que la planche soit ébranlée. Cet exercice recommence plusieurs fois avec des planches de sapin, des planches de chêne, et enfin d'un bois plus dur, et chaque fois les chevilles sont plus solidement enfoncées. Quand il triomphe de la dernière épreuve, il est mûr pour l'exercice de son art.

Les dents de Kaïnz.

Kaïnz, l'acteur célèbre qui vient de mourir à Vienne, et dont la gloire, en pays allemand, était telle qu'on dételait sa voiture, avait une qualité qu'on se plairait à rencontrer chez nombre de nos acteurs nationaux. Il n'était pas le moins du monde infatué de sa personne, et, pourtant, que de missives enflammées il reçut durant sa carrière théâtrale!

Un soir qu'il venait d'être particulièrement applaudi dans le rôle de Méphistophélès du *Faust* de Gœthe, son habilleur lui remit une enveloppe scellée d'un tortis prétentieux.

— Une dame a fait remettre cela pour vous.

Kaïnz eut un geste de lassitude.

— Ouvre et lis, dit-il, pendant que tu me déshabilleras.

La lettre débutait ainsi: « Illustre monsieur Kaïnz, ce n'est pas seulement votre jeu que j'admire, mais vous avez de si ravissantes dents... »

— Mes dents! s'écria Kaïnz, avec un ricanement amer. Mes dents!

Et, sortant son râtelier, il l'agita au-dessus de sa tête.

— Porte cette lettre à sa véritable adresse, ajouta-t-il. Elle est pour mon dentiste, 45, Mariahilferstrasse.

Puis tranquillement, il remit son *râtelier*.

La malpropreté coréenne.

Il est un petit peuple qui fait beaucoup parler de lui en ce moment : la Corée, en raison de son annexion récente par le Japon.

A l'exemple des Chinois du Nord, les Coréens sont d'une malpropreté repoussante, écrit le docteur Cabanès dans le *Petit Parisien*, non seulement dans les vêtements qu'ils portent sur eux, mais sur leur personne même, dont ils ne prennent aucun soin. Un voyageur anglais a écrit à ce propos que « l'homme le plus sale qu'il ait rencontré était un Coréen propre ». Un autre rapporte que le Coréen ne prend que deux bains dans sa vie : le jour de sa naissance et le jour de sa mort.

Le Coréens ne sont pas, en effet, très familiers avec les ablutions. Le docteur Chastang, médecin des colonies, qui les a vus de près, assure que les adultes et les enfants se baignent quelquefois, pendant l'été, dans les rivières. Cependant, d'une manière générale, ajoute-t-il, on peut dire que le Coréen se lave assez facilement les mains, le visage quelquefois, mais rarement le corps. Quant aux jeunes enfants, on considère que l'eau leur est funeste.

La femme, surtout celle qui appartient à une classe sociale un peu élevée, a quelque coquetterie : elle se farde, elle se parfume, oh ! discrètement. Pour se rincer la bouche, elle emploie une singulière mixture : une solution d'encre de Chine, aromatisée au musc, qui, outre qu'elle communique de la fraîcheur à l'haleine, donne aux dents une teinte légèrement bleuâtre, dont la Corée ne se montre pas peu fière.

La recette populaire pour conserver les dents fort blanches et les préserver de la carie est plus simple : elle consiste à se laver la bouche avec de l'urine ! Celle-ci est en outre un cosmétique qui jouit là-bas d'une grande faveur. Ce liquide nauséabond a la réputation de rendre le visage joli : les « gueshas » (danseuses et courtisanes coréennes) le savent bien et en font usage allant jusqu'à l'abus.

On se sert d'ailleurs, en Corée, de ce produit malpropre comme d'une panacée. Dans la composition de toute médecine coréenne, il entre toujours, à ce que prétend le docteur Suzuki Manjiro, soit de l'urine, soit même... des matières fécales ! Toutes les plantes ou animaux que l'on veut sécher sont au préalable plongés dans l'urine. On va jusqu'à employer cette sécrétion humaine comme médicament : il n'est meilleur topique pour les blessures provenant de coups, ni meilleur remède pour les maux d'estomac.

(*Le Démocrate*, DÉLÉMONT.)

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort de Mme Flaugère, mère de Mlle Georgette Flaugère D. E. D. P., ainsi que la mort de M. Paul-Emile Cotel, frère de M. Alfred Cotel, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.
Nous adressons à nos deux confrères et à leurs familles nos vifs sentiments de condoléances.

NOUVELLES

M. Godon adjoint au Maire du 8e arrondissement.

Nous avons le très vif plaisir d'apprendre que notre directeur vient d'être nommé adjoint au maire du 8e arrondissement de Paris, en remplacement de M. Maréchal, nommé maire du même arrondissement.
Tous ceux qui connaissent M. Godon applaudiront à cette distinction justement méritée par les services qu'il rend depuis de longues années à la délégation cantonale, à la Caisse des écoles, au bureau de bienfaisance et aux diverses œuvres de cet arrondissement.
C'est de grand cœur que nous adressons nos félicitations à M. Godon.

Cliniques dentaires scolaires.

On signale la création de cliniques dentaires scolaires à Wilmersdorf, Cologne, Saarbrück, Hanovre, dans des localités des arrondissements de Hanovre, Linden et Neustadt am Rübenberge (Allemagne), ainsi qu'à Frauenfeld (Suisse).

Association médicale britannique.

Le 79e Congrès annuel de l'Association médicale britannique aura lieu du 25 au 28 juin courant à Birmingham.
La section d'Odontologie de l'Association, qui a pour président M. Huxley et pour vice-présidents MM. Watson Turner et Wallis, se réunira les 26, 27 pour entendre des communications sur la dentisterie et le public, la bactériologie de la brosse à dents, l'exercice

illégal, les fissures congénitales. Le 27, visite au musée odontologique. Le 28, séance commune avec la section de médecine et des maladies industrielles pour entendre des communications sur la prévention de la carie, l'abus des aliments sucrés, l'alimentation infantile et la question du pain.

Nomination.

M. Paul Adloff, de Königsberg, a été nommé professeur de dentisterie et directeur de la section dentaire de clinique chirurgicale à l'Université de Greifswald, en remplacement de M. Guido Fischer.

Les étudiants de Breslau.

La grève des étudiants en chirurgie dentaire de Breslau à cause de l'insuffisance absolue des locaux consacrés à la dentisterie à l'Université, grève dont nous avons parlé, a eu comme conséquence qu'aucun étudiant mâle ne s'est fait inscrire dans cette section pour le semestre d'été.

Découverte archéologique.

En faisant des fouilles à Trimbach (Suisse), on a découvert un dentier dantant de l'époque des Alamans. Les dents en silex sont fixées dans une masse solide, font corps entre elles et ne sont séparées qu'en apparence par des rainures. Il en résulte qu'il ne pouvait pas se loger de débris alimentaires entre les dents, ce qui en facilitait le nettoyage. *(Oltener Nachrichten.)*

Nomination.

Nous avons le plaisir d'apprendre que M. Grégoire, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, a été nommé chirurgien des hôpitaux.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Erratum.

P. 473, n° du 30 mai, ligne 6, bas, une erreur typographique nous a fait dire *services inapplicables* au lieu de *services inappréciables*.

31e ANNÉE. N° 12 — 30 JUIN 1911 — VOL. XLV

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ANESTHÉSIE LOCALE INTENSIVE OBTENUE PAR LES MÉLANGES ANESTHÉSIQUES EN SOLUTION ISOTONIQUE

Présentation d'un nouveau produit : La Sérocaïne.

Par V. E. MIÉGEVILLE,

Chef de clinique d'anesthésie à l'Ecole dentaire de Paris,
Pharmacien de 1re classe.

(Communication faite au Congrès de l'A. F. A. S. à Toulouse.)

La douleur est aussi vieille que le monde et de tout temps les thérapeutes, surtout les dentistes, ont eu comme idéal de la supprimer. Nous sommes loin aujourd'hui de cette fameuse « *Pierre de Memphis* » dont nous parlaient Pline et Dioscoride, pierre qui rendait, disaient-ils, insensibles les parties du corps sur lesquelles on l'appliquait; d'innombrables méthodes ont en effet été essayées depuis ces temps lointains et des produits plus nombreux encore : mais la plupart sont tombés dans un juste oubli.

Parmi tous les produits qui furent l'objet de multiples essais plus ou moins fructueux, je crois que jusqu'à ce jour nous sommes tous d'accord pour reconnaître que la *cocaïne* a tenu la première place dans l'arsenal thérapeutique de l'anesthésiste; bien près d'elle cependant on a placé deux autres produits : l'un français, la *stovaïne*, l'autre allemand, la *novocaïne*. Je ne m'étendrai pas sur les propriétés chimiques de ces produits, qui ont déjà été indi-

quées lors de leur apparition, leurs propriétés physiologiques seules nous intéressant ici, et je vais m'efforcer d'en faire ressortir au point de vue clinique les avantages et les inconvénients en les passant en revue successivement, puis nous verrons comment on peut bénéficier de ces avantages, les renforcer, en atténuant, je dirai presque en supprimant leurs inconvénients. Toutefois nous sommes obligé d'étudier comparativement ces trois produits et, m'inspirant du remarquable travail fait l'an dernier par MM. Piquand et Dreyfus et publié en résumé par *L'Odontologie*, je ferai porter mon étude sur :

1° Le pouvoir anesthésique ;
2° La toxicité de l'anesthésique ;
3° L'action sur les tissus ;
4° L'action sur les vaisseaux périphériques.

1° Pouvoir anesthésique.

En étudiant le pouvoir anesthésique j'insisterai sur trois points :

a) Sur la rapidité d'apparition de l'anesthésie ;
b) Sur sa durée ;
c) Sur son intensité.

a) *Rapidité d'apparition de l'anesthésie.* — Par ordre décroissant nous mettrons au premier rang la *cocaïne* (chlorhydrate), puis la *novocaïne-adrénaline*, la *stovaïne* et enfin la *novocaïne* pure. La solution injectée étant titrée à 1 o/o d'anesthésique, la *cocaïne* agit immédiatement ; on peut donc opérer aussitôt après l'injection. Cette action rapide semble due en partie à la vaso-constriction qui restreint, je dirai même localise le champ de l'anesthésie ; je ne parlerai pas du mélange *cocaïne-adrénaline* qui favorise trop la syncope et semble renforcer les accidents dits cocaïniques et j'aborderai tout de suite la *novocaïne-adrénaline* dont l'action moins rapide que la cocaïne est cependant remarquable. Avec la *novocaïne* 1 o/o *adrénaline* (1/10 de milligr.) on attendra 3 à 5 minutes pour opérer ; quant à la *stovaïne* à 1 o/o il faudra attendre

5 à 7 minutes et avec la *novocaïne* pure 5 à 10 minutes.

b) *Durée de l'anesthésie.* — Par ordre décroissant nous aurons en première ligne la *novocaïne-adrénaline*, dont la durée d'anesthésie peut aller, en bons tissus, jusqu'à 1 heure, puis la *cocaïne* qui agit durant 20 à 30 minutes, pouvant aller même d'après certains auteurs jusqu'à 80 minutes, puis la *stovaïne* et la *novocaïne* pures de 10 à 20 minutes.

c) *Intensité de l'anesthésie.* — La *cocaïne* fournit l'analgésie la plus intense, puis vient la *novocaïne-adrénaline* qui se rapproche beaucoup de la *stovaïne*. Je ne cite pas ici la *novocaïne* dont l'action seule est réellement trop faible. Dans les tissus enflammés la *novocaïne-adrénaline* et la *stovaïne* semblent agir le mieux, mais la stovaïne produira la plupart du temps un œdème consécutif.

2° Toxicité de l'anesthésique.

Je me bornerai simplement à donner pour mémoire le coefficient approximatif de la toxicité de ces trois produits en prenant pour unité le pouvoir toxique de la *novocaïne*, le moins toxique des trois.

Novocaïne	=	coefficient	1
Stovaïne	=	—	3
Cocaïne (chl.)	=	—	7

Toutefois nous aurons peu à redouter la toxicité, nous, dentistes, car aux doses minimes où nous employons ces agents, nous n'aurons jamais d'accidents toxiques purs, si non comme pour tous les produits, dans des cas d'idiosyncrasie.

3° Action sur les tissus.

Nous diviserons en deux l'action sur les tissus.

a) Douleurs opératoires { à la piqûre.
à l'infiltration.

b) Accidents consécutifs.

a) *Douleurs opératoires.* — La *stovaïne* est assez douloureuse à la piqûre, puis viennent dans l'ordre décroissant

la *novocaïne,* la *novocaïne-adrénaline* et la *cocaïne,* la moins douloureuse.

La douleur d'infiltration est sensiblement la même que celle de la piqûre.

b) *Accidents consécutifs.* — La *stovaïne* est encore là en infériorité, car étant irritante sur les tissus elle provoque un œdème consécutif qui, malgré les précautions d'antisepsie préopératoires les plus rigoureuses, serait presque constant.

4° Action sur les vaisseaux périphériques.

Les trois produits examinés à ce point de vue nous font classer à part la *cocaïne*, vaso-constricteur puissant, tandis que la *novocaïne* et la *stovaïne* n'ont aucune action vasomotrice sur les vaisseaux périphériques et sont considérées à ce sujet comme *neutres.*

De l'examen attentif de ces propriétés nous constatons que la *cocaïne* et la *novocaïne-adrénaline* ont une supériorité marquée ; mais au point de vue de la rapidité de l'action, la cocaïne est la supérieure, tandis que pour la durée d'action c'est la *novocaïne-adrénaline.*

Je dois avouer que, dès l'apparition des tablettes de *novocaïne-adrénaline,* j'ai fait mes essais avec une certaine appréhension et presque sans conviction, ayant présentes à la mémoire les nombreuses alertes produites par l'emploi de la *cocaïne-adrénaline,* inconvénients dus à mon avis à l'adrénaline naturelle d'une fabrication inconstante comme tous les produits de composition mal définie.

Ce n'est que depuis quelque temps, à l'apparition de la *suprarénine synthétique* ou *adrénaline de synthèse*, que j'ai essayé ce produit avec tous les anesthésiques. Je dois dire tout de suite que les anesthésiques : eucaïne, alypine, tropacocaïne, stovaïne, novocaïne et cocaïne ont eu leur action renforcée par ce produit, mais c'est tout particulièrement *la novocaïne* et *la cocaïne* qui me parurent retirer les plus grands avantages de cette union.

L'intensité anesthésique de ces deux produits, dans les cas d'extractions, de pulpectomies immédiates ou de résection de dentine hyperesthésiée, était sensiblement la même et, bien que je fusse arrivé à préférer presque la *novocaïne-adrénaline*, j'en déplorai cependant le peu de rapidité d'action. Mais un jour, voici deux ans environ, le hasard, je le reconnais humblement, me mit sur la voie d'un anesthésique qui me rend depuis lors les plus grands services.

J'avais des ampoules de cocaïne (chl) de 1 cc. en solution à 1 o/o, mais il ne me restait plus qu'une seule ampoule de novocaïne 0,02 cg., adrénaline synthétique 1/20 de milligr. en solution dans 1 cc. de sérum physiologique, lorsqu'une patiente des plus sensibles et fort désagréable à opérer vint me trouver pour continuer une série d'extractions commencée quelques jours auparavant en vue d'un appareil. Je dois dire que la *cocaïne* d'abord, puis la *novocaïne-adrénaline* m'avaient donné chez cette personne des résultats incertains et j'accusais volontiers ma patiente de pusillanimité. Je pris donc ce jour-là mon unique ampoule de *novocaïne-adrénaline* de 1 cc. et, pour remplir ma seringue qui avait une contenance de 2 cc., j'eus l'idée de prendre une ampoule de cocaïne de 1 cc. d'une solution de 1 o/o, puis après avoir agité un peu ma seringue pour opérer le mélange et chassé les bulles d'air, je fis l'injection. Celle-ci terminée, ma patiente m'accusa ne pas éprouver la même sensation que de coutume et l'engourdissement lui semblait beaucoup plus intense qu'aux séances précédentes. J'ajoute que ma patiente ignorait entièrement la sorte d'anesthésique employé, il n'y avait donc là aucune action psychique à invoquer.

J'enlevai les racines séparées de la dent de douze ans, de la dent de six ans et la deuxième prémolaire supérieure gauche. A mon grand étonnement, la patiente n'avait rien dit, et tout étonnée, me fit part de sa grande satisfaction, car elle m'accusa n'avoir absolument ressenti aucune douleur, contrairement aux autres séances.

Je poursuivis depuis mes expériences avec ce mélange, et,

après avoir varié les doses des composants pour avoir le plus d'intensité possible, je me suis arrêté à la formule suivante :

Chl. de cocaïne....................	1 gr.
Novocaïne..........................	2 gr.
Adrénaline synthétique..............	0,005
Sérum physiologique................	100 cc.

C'est cette solution stérilisée, à laquelle j'ai donné le nom de « sérocaïne », que j'emploie maintenant couramment en ampoule de 1 cc. et de 2 cc. Pour me résumer je répète donc la composition de chaque ampoule de 1 cc.

Chl. de cocaïne.............	un demi-centigr.
Novocaïne	un centigr.
Adrénaline synthétique.......	1/20 de milligr.
Sérum physiologique.........	un cent. cube.

Je n'ai jamais eu qu'à me louer de la « *sérocaïne* », car je n'ai jamais eu depuis ce temps, bien qu'employant de la cocaïne et de l'adrénaline (synthétique il est vrai), ni nausées, ni vertiges, ni syncopes, la piqûre est à peine sentie, l'infiltration faite lentement est absolument indolore, même dans des tissus très enflammés la cicatrisation est des plus rapides et jamais d'escharres, si toutefois on a bien pris la précaution de nettoyer à fond la gencive avant de pratiquer l'injection anesthésique.

Ce mélange anesthésique agit rapidement, son action des plus intenses se prolonge très longtemps ; dans des cas de pulpectomies de nombreux patients m'ont accusé n'avoir retrouvé la sensibilité de la partie analgésiée que plus de deux heures après.

Voici à quoi, je crois, il faut attribuer les qualités que je viens d'énumérer ci-dessus :

1° La *rapidité d'apparition* de l'anesthésie est due à la cocaïne ;

2° L'intensité au mélange cocaïne-novocaïne *adrénaline* synthétique ;

3° La *durée d'action*, à la novocaïne-adrénaline synthétique ;

4° La *piqûre* et l'*infiltration* indolores, au sérum physiologique isotonique ;

5° La *localisation restreinte* de l'anesthésie, à la cocaïne et à l'adrénaline synthétique ;

6° La *cicatrisation rapide* et la *suppression des incidents :* vertiges, nausées, syncopes, à l'action tonique du sérum.

Bien que j'aie dit plus haut que la toxicité était de peu d'intérêt pour nous dentistes, elle est réduite à sa plus simple expression grâce au mélange, car chaque produit au strict minimum agit d'une façon spéciale et son pouvoir toxique ne s'ajoute pas à celui du produit qui l'accompagne par le fait de division.

M. Reclus, qui recommande d'employer des solutions du plus faible titre possible afin d'en diminuer le danger, a posé cette loi :

« L'intoxication est essentiellement fonction du poison » qui, introduit au même moment dans le torrent circula- » toire, vient impressionner le système nerveux central. »

MM. Piquand et Dreyfus ont montré que les accidents dépendent non seulement de la quantité d'alcaloïde mise au même moment en contact avec le système nerveux, mais encore de la rapidité avec laquelle ce contact est établi : « Si en effet, disent-ils, on injecte à un animal des doses voisines de la dose mortelle, qu'on interrompe l'injection pour la reprendre ensuite, on arrivera ainsi à injecter trois ou quatre fois plus que la dose toxique normale. »

Cette théorie rationnelle fait ressortir l'importance des mélanges anesthésiques, car, en sus de l'action tonique du sérum employé comme véhicule, il y a l'action de l'adrénaline synthétique qui limite et localise l'action des anesthésiques et retarde leur passage dans le torrent circulatoire, où, au lieu de passer en masse, ils arriveront petit à petit, grâce à la vaso-constriction, impressionnant ainsi très peu le système nerveux central.

Je ne voudrais pas terminer cette communication sans rappeler que l'idée des mélanges anesthésiques n'est pas

nouvelle : M. Viau en 1887 a proposé d'injecter la *cocaïne* associée à l'*acide phénique* ; Berger en 1896 dans la pratique ophtalmologique utilisa le mélange *eucaïne-cocaïne* ; plus tard Schleich mélangea la *cocaïne et la morphine* en solution très diluée avec, comme véhicule, une solution de *chlorure de sodium*. Legrand en 1901 attaqua les idées de Schleich en disant que les solutions trop diluées ne provoquaient qu'une insensibilisation physique par la pression que détermine le liquide injecté et M. Sauvez lui-même nia l'utilité du chlorure de sodium. En 1901, Schlatter, de Zurich, associa la *cocaïne* et l'*eucaïne* espérant par l'emploi de cette dernière utiliser son action vaso-dilatatrice pour neutraliser l'action vaso-constrictive de la cocaïne. Legrand donna aussi une formule de solution anesthésique hémostatique contenant de la cocaïne, de l'eucaïne, du chlorure de sodium, du phénol et de la gélatine. Bob, de Berlin, employa lui la cocaïne associée au chlorure de sodium. Enfin Braun, Battier et Touchard ont depuis 1902 déjà préconisé l'emploi de l'adrénaline associée aux anesthésiques, et c'est ainsi que Touchard le premier arriva à anesthésier la pulpe dentaire par voie gingivale ; plus récemment M. Oubrerie préconisa le mélange cocaïne-stovaïne.

Bref, continuant la série des recherches en vue de trouver l'anesthésique idéal, espérons qu'on trouvera enfin bientôt celui qui nous donnera toujours sans danger aucun des résultats constants et sûrs dans tous les cas. Je reconnais avec plaisir que depuis quelque temps les efforts de certains confrères tendent à faire remplacer comme véhicule l'eau distillée par le sérum physiologique isotonique ; je ne voudrais pas omettre de citer à ce sujet l'article de M. Seimbille dans la *Revue générale de l'Art dentaire* ; cette idée m'est chère, car je crois également nécessaire l'emploi du sérum physiologique isotonique comme véhicule d'un mélange rationnel d'anesthésique et d'adrénaline mais *synthétique*. Voilà, à mon humble avis, la bonne voie vers la « *Suppression totale et sûre de la douleur* ».

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 février 1911.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle, le 7 février à 9 heures du soir, sous la présidence de M. Heïdé, vice-président.

Il est donné lecture de lettres d'excuses de MM. Frey et Godon, ainsi que d'une lettre de M. Jenkins.

M. Heïdé fait part de la perte que vient de subir la Société d'Odontologie et la profession tout entière par la mort de Claude Martin, dont il retrace la vie et rappelle les travaux. Il ajoute qu'une délégation de la Société d'Odontologie assistait aux obsèques du regretté maître lyonnais.

I. — Les études actuelles sur les alliages, par M. Serres.

M. Serres expose sa communication, qui a été publiée (V. *Odontologie*, 30 mars 1911).

Discussion.

M. Roy. — Je ne voudrais pas rentrer dans la discussion proprement dite de la communication de M. Serres ; cependant je prends la parole pour lui signaler l'intérêt qu'elle présente pour nous et pour lui demander aussi s'il connaîtrait, dans les recherches qui ont été faites jusqu'ici, des données qui pourraient nous intéresser au point de vue de la stabilité des amalgames.

Une question importante, qui nous intéresse, c'est la question de la rétractation des composés. Si M. Serres pouvait nous donner quelques indications à ce sujet, je crois que cela présenterait un certain intérêt.

M. Serres. — Les amalgames n'ont pas été très étudiés. La question du changement de volume est une question qui n'est pas traitée dans l'analyse thermique. Il faut reprendre les alliages dont on reconnaît l'existence et les étudier à part.

M. Roy. — Dans l'analyse thermique et métallographique, on n'a pas d'indications ?

M. Serres. — Ces méthodes donnent des indications sur l'existence des alliages, mais pour en connaître les propriétés il faut en faire une étude plus complète, c'est une autre question, une autre partie.

Cela peut se faire comme toutes les études d'alliages, mais l'ana-

lyse thermique ne donnerait pas immédiatement la solution de la question, il faudrait reprendre l'alliage dont elle indique l'existence.

M. Roy. — Ces recherches sur les métaux sont extrêmement intéressantes parce qu'il est bien certain que pour nous l'idéal serait d'avoir une matière plastique de volume et de couleur stable. Le jour où nous aurons cela, nous aurons la matière obturatrice idéale.

Pour ma part je suis très heureux des indications que vient de nous donner M. Serres. Elles complètent, et elles expliquent d'une façon très claire les recherches de M. Fenchel, de Hambourg, que nous avons publiées dans *L'Odontologie.*

M. Robin. — M. Roy a posé une question que je voulais poser moi-même à M. Serres. Je demanderai à M. Serres de bien vouloir nous donner quelques indications sur la façon dont se fait le mélange d'alliage et de mercure.

M. Serres. — Les amalgames n'ont pas été très étudiés encore, mais on sait cependant ceci :

Quand on fait un amalgame avec un excès de mercure, on fait un amalgame à proportions définies qui est dissous dans le mercure en excès.

M. Robin. — Lorsque nous recommandons à nos élèves d'observer aussi exactement que possible les proportions indiquées d'alliage et de mercure pour faire leur préparation, nous cherchons à éviter qu'en comprimant l'amalgame, ils modifient les rapports quantitatifs des constituants. Car alors, les propriétés de l'amalgame seraient également modifiées et dans un sens défavorable.

M. Serres. — Il faudrait déterminer exactement la proportion de mercure nécessaire pour faire l'alliage défini.

M. Robin. — Par conséquent il y a un danger à exprimer le mercure ?

M. Serres. — On peut entraîner avec le mercure une certaine quantité des autres constituants.

M. Robin. — On a constaté que dans certaines obturations il se produit un dégagement de chaleur qui dure plus ou moins longtemps dans la dent même ; par conséquent l'alliage à proportions définies ne se formerait que dans la dent ?

M. Serres. — S'il y a production de chaleur dans la dent, il ne se forme que dans la dent.

Il faudrait reprendre les études d'amalgames dans cet ordre d'idées.

M. Ferrand. — Tout à l'heure M. Roy a demandé quand on pourrait trouver la matière plastique idéale. Or j'ai vu dernièrement et j'ai demandé en Suisse un instrument qui a pour but de métalliser. En métallisant cet appareil arrive à donner aux métaux la forme plastique que l'on désire : des caractères d'imprimerie, des plaques mé-

talliques, des appareils de bouche et même des plaques pour la gravure en taille douce.

Ces appareils ne peuvent être faits encore ni pour l'or ou les autres métaux à haute fusion, mais pour tous les métaux à basse fusion.

L'ingénieur, dont je ne me rappelle pas le nom, a pu métalliser une cerise avec de l'étain, la recouvrir complètement de ce métal. La cerise est restée intacte, la chaleur développée par le métal en fusion étant de 40°. Par conséquent je crois qu'à une température de 40° on pourrait obturer une dent puisque le métal en fusion ne dépasserait pas cette température maxima dans la dent.

Toutefois ce genre d'appareil serait très difficile à établir. Il faudrait pour que cette métallisation, cette fumée, cette poussière de métal entraînée par un courant de gaz très puissant sur la partie qu'on veut métalliser, il faudrait, dis-je, que ce métal puisse passer dans un tube en platine, tube très résistant. Ce tube ne peut pas être fait, paraît-il, momentanément, pour des métaux à haute température.

On pourra arriver très certainement à pulvériser du métal sur la dent, comme on fixe les pastels. On pourra placer dans une dent un appareil plastique, et également dans la bouche, puisque le métal y sera projeté à une température de 40°.

Le métal arrive par petits molécules qui viennent s'appliquer avec force les uns contre les autres à tel point que la plaque ainsi constituée est même beaucoup plus résistante, plus solide qu'une plaque coulée ou laminée.

J'ai vu non pas des appareils dentaires, mais des caractères d'imprimerie et quelques planches de reproduction. J'ai même donné des planches de gravure à reproduire, comme en galvanoplastie ; j'ai pu constater que ce procédé donne exactement toutes les impressions qu'on veut, c'est une métallisation tellement fine et vaporeuse, qu'on obtient ce que l'on veut. Lorsque l'appareil sera au point pour l'or ou l'argent, on pourra faire des obturations plastiques directement dans la bouche comme le demande M. Roy.

M. le président. — J'adresse à M. Serres au nom de la Société d'Odontologie des remerciements pour son instructive communication.

II. — L'AMPUTATION PULPAIRE AU POINT DE VUE PRATIQUE, PAR M. TEISSET.

M. Teisset donne lecture d'un travail sur cette question ; il décrit la technique de cette opération dont il vante les excellents résultats.

DISCUSSION.

M. Roy. — Je regrette que M. Teisset dise qu'il n'y a pas de littérature dentaire sur l'amputation pulpaire parce que, s'il avait ouvert

L'Odontologie, il aurait vu qu'il y a quatre ans, à Reims[1], j'ai fait une communication sur les résultats éloignés de l'amputation pulpaire, étant donné que je pratique l'amputation depuis dix-huit ans environ. J'en ai donc quelque expérience.

Lorsque j'ai fait ma communication, j'ai indiqué les résultats que j'avais obtenus depuis quatorze ou quinze ans. Je signalais justement à cette occasion dans mon travail une des raisons qui expliquent les échecs que M. Teisset dit avoir observés avec les dents uniradiculaires. Cependant je m'élève tout de suite contre un des accidents qu'il signale en disant qu'il a observé des kystes ou des abcès occasionnés par des dents uniradiculaires traitées par l'amputation pulpaire.

Si des accidents semblables devaient se produire dans l'amputation pulpaire des dents uniradiculaires, il n'y aurait aucune raison pour qu'ils ne se produisissent pas avec des dents multiradiculaires.

Avec l'expérience que j'ai, je peux dire que pas plus avec les dents uniradiculaires qu'avec les dents multiradiculaires il ne se produit d'accidents semblables lorsque l'amputation pulpaire est faite selon les règles qu'on doit observer. Un tel accident n'est imputable qu'à une faute opératoire, mais en aucune façon il n'est dû au mode de traitement. Les seuls accidents qu'on puisse observer dans l'amputation pulpaire, les seuls inconvénients qu'elle présente, ce sont les douleurs post-opératoires qu'on peut observer, mais ces douleurs ont un caractère très spécial et très net. C'est de la sensibilité à la chaleur. Or j'ai signalé justement dans le travail que je rappelais tout à l'heure les raisons de ces accidents ; je n'ai jamais vu terminer aucun cas par des accidents septiques d'aucune sorte. Les dents que j'ai eu l'occasion d'ouvrir par suite de fracture avaient des filets radiculaires encore vivants et ne présentaient aucune trace d'infection. Lorsque l'on observe des douleurs post-opératoires, cela tient à l'une des deux causes suivantes : soit que le pansement ou l'obturation de la chambre pulpaire exerce une pression trop considérable sur les filets radiculaires restant, mais ici cette cause est la moins importante, soit que, et c'est là la cause la plus importante, on ait conservé un fragment — si petit soit-il — du renflement pulpaire coronaire.

Je tiens à signaler ce point déjà signalé dans ma communication faite à Reims. Il y a en effet une différence au point de vue pathologique, une différence fondamentale en quelque sorte entre le renflement pulpaire et les filets radiculaires. D'une façon générale le renflement pulpaire est susceptible de donner lieu à des douleurs spontanées et à des crises, des rages de dents, tandis qu'au contraire les filets

1. L'amputation de la pulpe et ses résultats éloignés dans le traitement de la carie du 3e degré. *Odontologie*, 1908, vol. I, p. 289.

radiculaires non infectés — en dehors de toute espèce d'application médicamenteuse — ne sont généralement pas capables de donner lieu à des douleurs spontanées.

Si dans une dent saine et en dehors de toute espèce d'application médicamenteuse vous mettez une pulpe à découvert vous avez de la douleur, si vous laissez un fragment pulpaire il pourra donner lieu à des douleurs; si au contraire dans cette même dent, en dehors de toute application caustique vous amputez complètement la pulpe au ras des filets radiculaires, sans laisser aucune trace du renflement pulpaire, vous n'aurez aucune douleur spontanée, vous aurez de la douleur lorsque vous piquerez les filets radiculaires, mais elle ne se produira jamais sous forme de crise névralgique. C'est donc la conservation de fragments de pulpe coronaire qui est le plus souvent la cause des douleurs qu'on peut observer dans les cas d'amputation pulpaire.

Pour les dents uniradiculaires, comme le dit M. Teisset, la délimitation entre la pulpe et les filets radiculaires étant beaucoup moins nette que dans les dents multiradiculées, il en résulte que l'on laisse facilement des fragments de pulpe coronaire dans ces dents ; mais le résultat sera exactement le même dans une dent uniradiculée que dans une dent multiradiculée, si l'on enlève le renflement pulpaire coronaire dans sa totalité.

Il y a donc une importance extrêmement grande à enlever très soigneusement la pulpe coronaire et pour cela, lorsqu'on a pratiqué l'amputation de la masse pulpaire, il faut avec une fraise ronde d'assez petit volume aller soigneusement fraiser l'orifice de chacun des canaux, de façon à amputer très largement la pulpe et à ne laisser très nettement que les filets radiculaires. Dans ces conditions je n'observe plus aucun des petits inconvénients que je remarquais au début et dont j'ai parlé dans ma communication de Reims. Les résultats sont on ne peut plus satisfaisants. Je m'empresse d'ajouter qu'on n'a besoin d'aucune des spécialités que M. Teisset nous indique : on peut employer bien d'autres substances. Une des conditions qu'il a indiquées c'est qu'il faut procéder selon toutes les règles de l'asepsie en obturant la chambre pulpaire. J'ai employé très longtemps pour l'obturation la pâte oxyde de zinc, iodoforme et l'essence de girofle. J'emploie maintenant la pâte oxyde de zinc, aristol et essence de girofle et j'obtiens des résultats satisfaisants.

Je préfère laisser la dent en observation quelques jours avant d'obturer définitivement. Si une réaction se produit, j'ouvre la dent et je fraise davantage l'orifice des canaux. J'ai eu l'occasion de voir, il y a deux ans, un cas semblable. Mon assistant avait traité suivant la méthode que je lui avais indiquée une grosse molaire, mais cette dent présentait depuis une sensibilité constante.

Il y avait un mois que la dent était obturée et donnait toujours les mêmes phénomènes douloureux. J'ai ouvert la dent et j'ai constaté qu'il y avait des tronçons pulpaires qui restaient : la chambre pulpaire avait été insuffisamment préparée. J'ai enlevé à la fraise les fragments restants et j'ai réobturé la dent, les douleurs ont cessé immédiatement et j'ai eu l'occasion de revoir la malade qui n'a jamais eu depuis aucune espèce de douleur du fait de sa dent. Je tenais à vous montrer l'importance qu'il y a à faire disparaître complètement la pulpe.

Un mot encore à propos d'un point abordé par cette communication, point qui touche à une question plus générale, celle de l'application de l'acide arsénieux dans les dents temporaires. Je suis étonné d'entendre dire qu'on ne peut pas appliquer de l'acide arsénieux dans une dent temporaire. Cela a déjà été dit par d'autres et je tiens pour ma part à m'inscrire en faux contre cette opinion car j'ai mis de l'acide arsénieux dans des centaines, peut-être des milliers de dents temporaires et je n'ai jamais eu les petits accidents que vous relatez. Je ne vois pas pourquoi, à moins qu'on n'emploie l'acide arsénieux comme un maçon emploie du plâtre, je ne vois pas pourquoi, dis-je, l'acide arsénieux ne serait pas employé chez les enfants comme il l'est chez les adultes. Cela ne présente aucun inconvénient quand on l'emploie scellé à la gutta ou à la pâte d'oxyde de zinc : dans ces conditions vous n'aurez aucun inconvénient qu'il s'agisse d'un adulte ou d'un enfant.

En en faisant l'emploi, vous avez un avantage, c'est de détruire la pulpe d'une façon complète.

M. Touvet-Fanton. — Je ne voudrais pas éterniser la discussion. Cependant je désire insister sur quelques points comme argumentation à la question qui a été traitée tout à l'heure par notre confrère. D'abord, en ce qui concerne la littérature professionnelle : cette question ne manque pas d'auteurs : M. Roy vous a dit que lui aussi s'était occupé de l'amputation pulpaire depuis 18 ans ; moi qui suis un peu plus âgé que lui, je m'occupe de la question depuis 23 ans ! et il y a bien d'autres confrères encore.

Vous trouverez dans *L'Odontologie* de 1888 un travail de moi sur la question.

C'est à cette occasion que j'ai été amené à faire une des premières applications (peut-être la première) de la cocaïne en compression, et je crois même avoir à ce sujet la priorité [1].

Dans un autre article, j'indiquais également le moyen de détruire la pulpe d'une façon absolument indolore et sans résection inflamma-

---

1. Traitement conservateur, *résection indolore* et coiffage de la pulpe : *Odontologie*, juin 1888 et 30 avril 1901.

toire post-opératoire, à l'aide de ma formule : acide arsénieux — cocaïne — acide phénique [1].

Il n'est pas besoin, comme vous le voyez, d'user d'une formule secrète : celle que je vous indique a été publiée par moi, je le répète, dès 1888 et m'a donné depuis 23 ans, ainsi qu'aux nombreux confrères qui l'emploient, des résultats absolument constants et concluants — *quand la formule est strictement exécutée.*

Cette formule agit, comme vous le dites fort bien, sur la pulpe et aussi sur les rameaux radiculaires, mais avec cette particularité que si vous amputez une pulpe et si vous laissez les rameaux radiculaires tranquilles, deux jours après vous les retrouvez sensibles. En revanche, il est utile, quand on veut faire la névrotomie complète, de l'exécuter soit immédiatement après l'enlèvement du pansement, soit 24 heures après l'application de celui-ci.

Comme moyen de conservation, soit qu'il s'agisse de coiffage, soit après amputation, soit même comme moyen d'obturation après névrotomie complète, j'ai préconisé et publié tour à tour différentes formules [2].

Au point de vue du coiffage propre de la pulpe, j'ai supprimé l'emploi des cupules soit en platine, soit en gutta, que nous utilisions, et l'ai remplacé par le procédé suivant : il suffit de prendre un peu d'ouate d'amiante en lui donnant la forme appropriée au cas, de la passer dans la flamme au bout d'une sonde de platine ; il n'en reste qu'un moyen de véhiculation parfaitement aseptique. Vous prenez cette boulette que vous trempez dans la pâte aseptique (que sont venues remplacer pour les caries pénétrantes les compositions à base de formol). Vous prenez donc cette ouate d'amiante et vous la posez directement sur la pulpe ou sur les rameaux pulpaires, ou encore, s'il s'agit de l'obturation des canaux, vous l'enfoncez plus profondément.

Vous aurez ainsi une conservation généralement parfaite lorsque vous aurez fait usage du pansement à l'acide arsénieux. A ce propos, il m'est agréable d'avoir l'occasion d'attirer l'attention de nos confrères sur un point intéressant les procédés modernes et qui n'a pas encore été signalé : il faut, en effet, constater qu'à la suite de notre intervention sur la pulpe ou ses rameaux au moyen de l'anesthésie stricte, donc sans adjonction de caustiques (injection, compression), il arrive presque constamment de constater par la suite sur les opérés de véritables *névrites* des dents traitées ; cela dans les cas considérés

---

1. Dévitalisation indolore de la pulpe : *Odontologie*, décembre 1888.
Traitement rapide du 3e degré, décembre 1888 ; 15 octobre 1898.

2. Coiffage : 30 avril 1901 ; Méthode d'obturation des canaux et traitement de la périostite : juin 1888 ; 15 octobre 1898 ; 30 avril 1901.

comme parfaitement réussis, c'est-à-dire, sans la présence de réaction inflammatoire d'origine infectieuse, donc sans périostite ni abcès, etc.: or il est à constater que ces névrites ne se produisent pas ou fort peu après l'emploi de l'acide arsénieux. C'est là une observation qui me paraît extrêmement importante à noter et sur laquelle j'ai désiré insister tout particulièrement.

Quant à l'amputation elle-même, j'en fais fort peu et j'avoue que je préfère infiniment mieux (dussè-je passer pour un réactionnaire opérateur) enlever les rameaux radiculaires aussi complètement que faire se peut. Il me paraît logique, en effet, de préférer en enlever quatre, cinq ou six millimètres plutôt que d'en enlever un seul.

Mais la méthode de dévitalisation chimique d'une part, et d'autre part, d'obturation médicamenteuse a beaucoup d'importance lorsque vous avez affaire à des canaux difficiles d'accès ; c'est pourquoi, avec les moyens d'antisepsie dont nous disposons : grands lavages, cautérisations et séchage à haute température, si vous pratiquez tout cela d'une façon parfaite et faites l'obturation comme vous feriez un coiffage, même lorsque vous avez oublié un canal que vous pouviez ignorer, vous arrivez à laisser votre dent aseptique, momifiée.

Un dernier mot au sujet de l'emploi de l'acide arsénieux chez les enfants. Il y a 23 ans que je l'emploie chez tous les sujets, les vieillards comme les jeunes enfants : je ne vois pas pourquoi on ne l'emploierait pas chez ces derniers en apportant bien entendu l'attention réglementaire des proportions gardées et celle plus importante encore de l'occlusion parfaite du pansement appliqué.

M. G. Villain. — Je suis heureux de voir figurer à votre ordre du jour la question de l'amputation pulpaire. Je crois que cette question est assez importante pour mériter une discussion complète. Je dépose donc le vœu que l'amputation pulpaire soit discutée spécialement lors d'une prochaine séance ; il semble se former deux écoles bien nettes, les partisans et les adversaires de l'extirpation pulpaire totale.

M. P. Martinier. — J'appuie la proposition de M. G. Villain. Je trouverais très utile qu'une discussion d'une certaine ampleur fut ouverte sur un pareil sujet. Pour la Société d'Odontologie, une large discussion s'impose, afin de mettre en garde contre certaines théories qui pourraient induire en erreur les jeunes confrères qui ont tendance à pratiquer l'amputation pulpaire.

M. Frinault. — Depuis que M. Roy m'a indiqué la méthode qu'il préconise, je l'emploie d'une façon constante, et le pourcentage des cas défavorables est insignifiant.

M. Francis Jean. — Je me rallie à la proposition de M. Georges Villain et je ne manquerai pas d'assister à la séance qui aura lieu pour discuter cette question, parce que pour ma part je suis tout à fait

l'adversaire de cette méthode très rapide et j'en suis tellement l'adversaire qu'il me semble qu'en l'envisageant je retourne à l'âge empiriste.

M. le président. — Si M. Teisset avait fait des recherches bibliographiques, il aurait vu que la littérature professionnelle comporte une série d'articles relatifs à l'amputation pulpaire, et il faut citer tout d'abord MM. Touvet-Fanton et Roy. Moi-même je m'en suis occupé il y a près de 32 ans. A ce moment Witzel recommandait cette nouvelle méthode, mais les insuccès étant survenus, elle fut à peu près délaissée. Un des inconvénients le plus fréquemment observé était le noircissement des dents, tenant à l'emploi du sublimé.

D'autre part, il y a 26 ans, j'ai été délégué par l'Ecole pour aller étudier sur place, à Brême, certaines méthodes, et j'ai fait à ce moment à la Société d'Odontologie une communication sur ce que j'avais vu, notamment sur l'amputation pulpaire.

En ce qui concerne la communication qui vient d'être faite, je crois que si l'on veut employer la méthode de l'amputation il y a intérêt à ne pas faire laisser traîner le traitement ; il vaut mieux obturer immédiatement la chambre pulpaire.

Je remercie M. Teisset de sa communication.

III. — Note sur un cas de mortification pulpaire, par M. Pailliottin.

M. Pailliottin. — La place qu'on a assignée à ce que je vais vous dire est un peu prétentieuse, cela aurait trouvé sa place dans les incidents de notre pratique. Il s'agit de la mortification pulpaire de deux dents, mortification causée par l'éruption d'une canine chez une femme de 67 ans. Cette dame était très ennuyée, il y a de cela dix-huit mois, lorsque son dentiste avait diagnostiqué un cancer du maxillaire supérieur. Ce diagnostic avait été confirmé par trois chirurgiens des hôpitaux, des spécialistes du cancer. Or cette dame ayant parlé de son cas à une de ses amies, celle-ci amena cette patiente.

J'examinai la malade et à première vue je dois dire qu'elle ne me fit pas du tout l'effet d'une personne souffrant d'un cancer. Elle avait toutes les apparences d'une santé florissante. A l'examen buccal j'aperçus une tumeur qui s'étendait de l'incisive centrale jusqu'à la première grosse molaire, tumeur percée de nombreux orifices par lesquels sortait un pus qui n'avait pas une très bonne odeur.

J'examinai un peu plus consciencieusement le cas et ne trouvai aucun engorgement ganglionnaire.

Portant mes investigations du côté du système dentaire, je constatai qu'elle avait une incisive latérale très chancelante, la seconde prémolaire était dans le même état.

Je pensais que ces deux dents étaient mortes, mais pour quelle raison ne donnaient-elles pas une simple fistule vers leur apex ? Pourquoi le pus ne s'écoulait-il pas par la solution de continuité qui existe entre les dents et les alvéoles ?

J'examinai encore plus attentivement la patiente et m'aperçus que de l'autre côté elle avait un très grand diastème entre l'incisive latérale et la première prémolaire.

Je lui demandai si on ne lui avait pas arraché une dent, mais elle me répondit qu'elle avait toujours eu cet espace, ajoutant qu'une dent était tombée et non repoussée. Elle m'apprit que de l'autre côté elle n'avait pas poussé non plus. Je pensais alors à attribuer ces troubles à une canine en éruption. Je pris un petit stylet et j'explorai le décollement que j'avais constaté entre l'incisive latérale et son alvéole et à une certaine hauteur je suis arrivé sur un corps très dur. Nous avons tous eu cette sensation de glisser sur une surface d'émail, ce fut cette sentation très nette que j'éprouvai. Je pensai alors que j'avais une canine en pleine évolution. La cuspide de la canine arrivait presque à la hauteur de l'apex de l'incisive. J'ai rassuré immédiatement ma malade et lui promis que dans une quinzaine de jours il n'y paraîtrait plus. J'ai enlevé ses deux dents qui ne pouvaient utilement être soignées, la suppuration s'est tarie, la tumeur a diminué et disparu. La pointe de la canine n'est encore perceptible qu'au stylet, elle pousse à l'endroit où était l'incisive. J'ai fait à cette personne un appareil dentaire en caoutchouc, parce que si cette canine vient à pousser je pourrai creuser mon appareil pour permettre à la dent d'évoluer. Il y a dix-huit mois que j'ai fait cette opération et la canine en question est encore incluse.

C'est là, vous le voyez, un petit incident de pratique journalière. J'en ai parlé parce que M. Roy doit faire une communication sur des cas de mortification pulpaire. C'est peut-être un cas qu'il n'a pas encore rencontré.

Discussion.

M. Ferrand. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas de mortification pulpaire d'une canine incluse dans le maxillaire supérieur chez un sujet d'une cinquantaine d'années. Il y avait eu infection que j'ai attribuée à la sinusite. J'avais dû supprimer les deux grosses molaires et faire une ouverture qui me permit de retirer la canine par la racine au lieu de l'enlever par la couronne. Une fois la canine extraite, en l'ouvrant, je me suis aperçu qu'elle était absolument infectée.

M. Roy. — L'observation qui nous a été soumise par M. Pailliottin m'intéresse évidemment au point de vue des mortifications pulpaires.

Je me propose de revenir sur ce sujet, espérant qu'il donnera lieu à une discussion intéressante.

Cette observation me rappelle un cas d'éruption tardive de canine qui a donné lieu à des accidents un peu bizarres. Nous avons tous vu des cas d'éruption tardive de dents. J'ai encore actuellement une malade qui a 45 ans et qui a une canine en voie d'évolution sous ses incisives centrales, sous un appareil qu'elle porte.

J'en ai eu différents autres cas, mais celui dont je vous parle se rapproche par certains côtés de celui que nous a signalé M. Pailliottin.

C'était une malade qui avait perdu presque toutes les dents de la mâchoire supérieure, elle n'avait que quelques dents sur le côté et ses deux incisives centrales qui servaient de rétention à un appareil.

Un beau jour ses dents se mettent à s'ébranler, cette patiente me demande de lui en enlever une qui était très ébranlée. Quelque temps après, j'ai été obligé de lui enlever également l'autre. Je pris rendez-vous avec elle pour prendre son empreinte et faire un nouvel appareil, mais quelque temps après ma malade vint me trouver en me disant que sa gencive était toujours sensible à l'endroit où je lui avais enlevé sa dent. La gencive paraissait complètement cicatrisée, mais avec peu de résorption du bord alvéolaire. Elle disait qu'elle ne souffrait que lorsqu'elle appuyait avec son appareil. Je regardai et me rendis compte avec le doigt qu'effectivement il y avait de la douleur à la pression. J'examinai alors son bord alvéolaire et sentis une canine en voie d'évolution. Cette malade avait 58 ans. La canine poussait en travers, avec la pointe dans les fosses nasales. Je l'ai extraite et j'ai pu pénétrer dans les fosses nasales par l'extrémité apicale de l'alvéole. C'était cette canine qui en poussant avait ébranlé les deux incisives centrales et les avait fait tomber. Je n'avais pas trouvé chez cette malade les phénomènes de mortification pulpaire signalés par M. Pailliottin, mais cette histoire se rapproche de ce qu'il nous a signalé.

M. Martinier. — Je voudrais poser une petite question à M. Pailliottin qui nous a présenté une observation très intéressante. Il y a effectivement un point qui me préoccupe. M. Pailliottin n'a-t-il pas craint, en appliquant un appareil de prothèse sur des tissus non cicatrisés de nuire à cette cicatrisation et d'empêcher l'état normal au point de vue du nettoyage de l'alvéole et de l'appareil. Cela pouvait présenter à mon sens certains inconvénients ?

M. G. Villain. — Si j'ai bien compris vous avez ménagé dans l'appareil une cavité destinée à faire évoluer la dent. Il me semble qu'il vaut mieux laisser l'appareil de contact avec la muqueuse ; dans ces cas-là l'éruption de la dent est plus facilement provoquée.

M. Francis Jean. — En présence d'un cas aussi embarrassant je demanderai à M. Pailliottin pourquoi il n'a pas eu recours à la radiographie.

Le président. — Le cas que M. Pailliottin a relaté me fait penser à une communication que j'ai faite en 1900 au Congrès international. C'est exactement le même cas.

J'ai présenté la malade et ici au Musée vous devez trouver la reproduction des pièces anatomiques dont j'ai fait don à l'Ecole. C'était également une canine qui poussait tardivement et vicieusement. Elle poussait horizontalement. La malade qui était une personne de la campagne, avait été soignée pendant un certain temps par des médecins de la localité, finalement elle m'avait été adressée. Elle avait un kyste sous la lèvre supérieure, à peu près comme un œuf de pigeon. Elle avait eu cela pendant je ne sais combien de temps, cela disparaissait, cela revenait.

J'examinai son cas et à 2 centimètres de profondeur je constatai un corps dur que d'après sa forme je reconnus pour une canine. Je fis l'extraction de cette canine à l'aide de la gouge et du maillet. Au bout de trois semaines à un mois cette patiente a été complètement guérie. La persone en question avait 52 ans.

M. Pailliottin. — Mon diagnostic a été l'affaire de 5 minutes, je n'avais pas à songer dans ces conditions à faire emploi de la radiographie.

A M. Georges Villain je réponds que je n'ai pas dit que j'avais placé un appareil avec unè cavité, j'ai fait mon appareil reposant complètement sur la muqueuse.

A M. Martinier je répondrai que j'avais affaire à une dame qui bien qu'âgée n'avait pas cependant « désarmé », de sorte que j'ai été obligé de lui faire son appareil immédiatement.

J'ai déjà observé des évolutions tardives de canines. J'avais fait après extractions de racines inutilisables un appareil à une personne de 35 ans. Elle revint quelque temps après, pendant que j'étais en vacances, se plaignant que son appareil n'adhérait plus aussi bien. On lui lima un corps dur qui se trouvait sous l'appareil et qui n'était autre qu'une canine qui évoluait en ce temps.

J'avais extrait le chicot de la canine temporaire et la canine permanente faisait son évolution. Au début on avait limé un peu les deux pseudo-racines, mais les dents continuaient à évoluer et l'appareil ballottait sur ces canines en évolution.

Je vous ai signalé ce cas parce que je n'en avais jamais observé avec des phénomènes aussi intenses, aussi aigus, ayant donné lieu à une erreur de diagnostic aussi grave de la part de gens aussi compétents au point de vue des tumeurs des maxillaires.

Depuis que je lui ai rendu ce service, cette malade m'a envoyé toute sa famille et j'ai pu observer des cas intéressants. J'ai trouvé dans cette famille des cas tératologiques nombreux. Il y a de petits enfants qui présentent un prognathisme inférieur très marqué.

Il y a des anomalies d'éruption excessivement marquées.

Une autre jeune fille présente un bec de lièvre et une déviation de la luette. Il y a des choses intéressantes à rechercher. C'est une famille qui est tout à fait remarquable au point de vue de ses anomalies dentaires et je me propose de vous présenter ces cas un jour, de façon à ouvrir une discussion à leur sujet.

Le président. — Nous vous remercions de votre communication.

M. Pailliottin. — Nous avons encore à l'ordre du jour une communication de M. Raynal sur un cas très intéressant de *Restauration étendue de la face après large intervention chirurgicale pour cancer.*

Le président. — En raison de l'heure avancée, il vaut mieux que nous reportions cette communication à une prochaine séance.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

HYGIÈNE

F. D. I. — COMMISSION INTERNATIONALE D'HYGIÈNE DENTAIRE

Ainsi que nous l'avons annoncé, les Commissions de la F. D. I. se réuniront le 2 août à Londres à l'Université.

La Commission d'hygiène tiendra une séance importante.

Le président de cette Commission, M. le prof. Jessen, en dirigera les débats, après avoir prononcé la veille, dans la séance solennelle d'ouverture, un discours pour exposer les travaux accomplis et ceux, plus nombreux, qui restent à faire.

Ordre du jour de la H. C. F. D. I.

1° Discours du Président de la H. C. F. D. I. ;

2° Rapport du Secrétaire de la H. C. F. D. I. ;

3° Rapport des représentants présents des Comités nationaux de H. C. F. D. I. ;

4° Proposition de recrutement de nouveaux membres de la H. C. F. D. I., conformément à l'article 8 des règles effectives de la F. D. I., notamment de dentistes, médecins et autres personnes s'intéressant à l'hygiène dentaire, comme membres individuels, de fonctionnaires d'État, des communes, d'autorités académiques, d'organisations militaires, de caisses de secours en cas de maladie, de compagnies d'assurances nationales, etc., comme membres collectifs ;

5° Fixation des cotisations annuelles de ces membres et de leurs rapports avec la F. D. I.

Règlement de la H. C. F. D. I. ;

6° Proposition de nomination de membres d'honneur ;

7° Archives internationales d'hygiène buccale ; traité avec l'éditeur, etc. ;

8° Introduction des tableaux muraux et de la brosse à dents H. C. F. D. I. dans les écoles, l'armée, les hôpitaux, les caisses de secours de tous pays ;

9° Traités avec l'éditeur des tableaux muraux et le fabricant de la brosse à dents ;

10° Examen de l'exécution des résolutions prises à Pâques 1910 à Paris ;

11° Exposition Internationale d'Hygiène de Dresde 1911 ;

12° Affaires diverses, propositions émises dans la réunion.

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE

Siège social : 49, rue de Miromesnil.

Le Bureau du Comité s'est réuni le jeudi 8 juin 1911. Il a décidé qu'une réunion du Conseil d'administration aura lieu prochainement au siège social, 49, rue de Miromesnil (Société internationale pour l'étude des questions d'assistance), à 9 heures du soir.

Les adhésions devront être adressées désormais au siège du Comité, qui désire conserver ainsi le caractère absolument impersonnel qui a toujours inspiré tous ses actes.

Le Bureau remercie les nombreux confrères qui ont bien voulu collaborer à l'œuvre du Comité en lui envoyant leur adhésion, et il espère qu'ils continueront la propagande qu'ils ont entreprise et qui a déjà abouti à l'adhésion de hautes personnalités comme celles de M. le Ministre de la Marine, de M. E. Constant, Sous-Secrétaire d'Etat de l'Intérieur, de M. Chautemps, sénateur, de MM. Heuzé, Myrens, Python députés ; André Mesureur, chef du cabinet du directeur de l'Assistance publique ; Lamy, inspecteur général de l'Instruction publique ; le géneral Ryckbusch ; Mme Steeg ; MM. Hénaffe, conseiller municipal de Paris ; Maréchal, maire du 8e arrondissement de Paris ; Brunot, maire du 14e arrondissement, etc., indépendamment des adhésions de MM. Paul Strauss, sénateur, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique de France, président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, et G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, que nous avons déjà annoncées.

Des statuts, circulaires et bulletins d'adhésion sont à la disposition des confrères qui s'intéressent à l'action du Comité à son siège social.

LA CLINIQUE DENTAIRE SCOLAIRE DE STRASBOURG DANS SES NOUVEAUX LOCAUX.

Par le professeur JESSEN.

Les premiers essais d'intervention hygiénique et conservatrice dentaire, pour les enfants des écoles publiques, se firent à Strasbourg au printemps de 1888, lorsque à l'Université de l'Empereur Guillaume on inaugura « l'Ambulatorium » pour maladies dentaires. En 1893 cette institution fut mise sous le contrôle de l'Etat. Il lui fut procuré des locaux modestes, si vous voulez, mais lui appartenant et elle reçut le nom de Policlinique universitaire. Dès le début, les enfants des écoles publiques reçurent des soins gratuits, puisque ces soins servaient également dans un but d'enseignement.

Avec l'appui du conseil des écoles il fut procédé dès cette époque à des examens réguliers par classes, et l'affluence des enfants venant réclamer des soins alla tellement en augmentant que la ville se vit obligée de soutenir l'œuvre par un appoint financier. Elle installa des assistants, et finalement en 1902 fut inaugurée la première clinique dentaire scolaire municipale.

Pour commencer, il y eut d'abord un trait d'union entre son personnel et celui de la Policlinique universitaire, mais en 1904 la séparation fut complète. En février 1908 elle s'installa dans ses propres locaux, dans un immeuble municipal jusqu'à ce qu'enfin après de longs pourparlers une solution définitive fut adoptée. En effet le 1[er] avril 1911 le 2[e] étage des nouveaux bâtiments municipaux « Etablissement de bains médicaux » fut entièrement consacré à la « clinique dentaire scolaire ».

A côté de l'école municipale de natation dont les bains médicaux occupaient une aile est installée la clinique en question.

Faisant suite à un grand et beau vestibule, des escaliers clairs et aérés mènent à un nouveau grand vestibule garni de porte-manteaux et de porte-parapluies, le tout devant servir de garde-robe pour les enfants et les gens qui les accompagnent. Le sol est recouvert de dalles blanches, les plafonds et les parois sont peints en couleurs claires et sur la porte vitrée qui mène à la salle d'attente se détachent bien visibles, de façon à frapper l'imagination des enfants, les vers suivants :

Pour entrer ici il faut absolument
Etre propre, et ceci complètement.
Le linge d'une blancheur éclatante,
La peau des mains reluisante.
Si vous ne remplissez pas cette préface,
Veuillez prendre le savon qui est en face.

Vis-à-vis sont les locaux de toilette et les W. C. pour garçons et fillettes, à côté la même installation pour le personnel.

Une porte à l'extrémité du corridor mène au : « Technicum ».

La salle d'attente qui a un développement de 5 mètres sur 8 mètres 1/2 peut recevoir 100 à 120 enfants ; trois grandes fenêtres donnent largement la lumière.

A côté de cela, le chauffage hygiénique et des installations de ventilation permettant en hiver l'arrivée et l'échange d'air chaud.

Le plafond, les portes, les tables, les bancs sont peints en blanc et de jolies peintures bucoliques ornent et égayent les murs. A l'entrée opposée se trouve un grand aquarium avec des plantes, des poissons et deux fontaines jaillissantes fournissant de l'eau potable. Au-dessus des portes quelques vers de circonstance indiquent clairement le but de l'Institut. Ainsi au-dessus de l'entrée du local destiné à la dentisterie conservatrice on peut lire :

Ici on guérit et rend fortes les dents
Même au prix de quelques larmes.
Dans le cours de la vie sache souvent
Au mauvais sort montrer des armes.

Des tables et des bancs fixes qui courent le long des murs sont destinés au repos des enfants et des personnes présentes.

Des lectures et des jeux sont autorisés pour faire passer le temps et un grand espace libre permet de circuler ; deux portes mènent à la première salle d'opération où se font les examens, les extractions, les opérations de petite chirurgie ; ce local forme avec la salle aux lavages de bouche une pièce de 6 mètres sur 12 m. 1/2, avec une séparation d'un mètre 1/2 de haut, ce qui permet au chef de clinique d'observer tous les enfants à la fois.

Momentanément il n'y a dans cette salle d'opération que deux fauteuils avec tous les accessoires, mais il y a de la place réservée pour un troisième fauteuil. Deux tablettes chirurgicales avec deux grandes armoires aseptiques complètent l'installation plus que suffisante, pour faire face aux besoins actuels.

Dans la salle destinée aux lavages de bouche, se trouve un bureau pour les écritures, des armoires pour les fiches et huit systèmes de fontaines jaillissantes destinées aux rinçages de bouche après les opérations, ce qui exclut l'emploi des gobelets ou des verres qui ne sont après tout que des sources de contamination.

Une installation complète pour la désinfection des instruments, deux armoires pour les médicaments, et un sopha de repos pour les enfants qui seraient indisposés. Toute la partie murale du côté de l'est est occupée par les fenêtres qui fournissent une superbe clarté avec le rayonnement du soleil levant. Un système bien compris d'é-

clairage électrique, par des plafonniers et par des réflecteurs du dernier système, permet un travail systématique dans les journées si courtes de l'hiver. Des horloges électriques reliées à la grande horloge principale de l'établissement de bains donnent exactement l'heure, simultanément, dans tous les locaux.

Deux autres portes mènent à la salle de dentisterie conservatrice; cette salle a 4 mètres de large sur 8 m. 35 de long, possède quatre fauteuils d'opérations avec des tours dentaires électriques, réflecteurs, des tablettes attenantes au mur, des crachoirs à eau courante, avec eau froide et chaude, deux cuvettes médicales et quatre armoires aseptiques pour les instruments et pour le linge.

Mentionnons aussi un bureau pour la comptabilité. L'atelier technique, qui sert en même temps de garde-robe pour les assistants, a 4 m. 35 de large sur 7 m. 30 de long. Il contient un mobilier complet : instruments et matériel et tout ce qu'il faut pour un traitement orthodontotechnique des enfants et pour l'établissement de petites pièces de prothèse. Deux pièces pour le directeur, séparées par une grande porte à glissière de deux mètres de large. Chaque pièce a quatre mètres carrés, enfin un appartement de trois pièces avec cuisine, etc. pour le garde, sa femme et sa fille, qui tous sont occupés dans la clinique scolaire. L'étage au-dessus de l'habitation du garde-surveillant sert de réduit pour le linge sale, ou pour ranger les instruments hors d'usage. Au troisième étage trois chambres sont destinées au logement des assistants.

Chauffage central, eau froide et chaude, lumière électrique, gaz, tout est richement distribué dans tous les locaux. On a mis à contribution tous les progrès réalisés au point de vue sanitaire et la ville de Strasbourg peut dire qu'au point de vue pratique et hygiénique elle a mis debout un Institut modèle.

Le personnel de la clinique comprend neuf personnes et le budget de 1911-1912 a été établi comme suit :

a) Entretien du personnel..	18.200	marks
b) Entretien, exploitation...	4.300	—
Au total...	22.500	marks (soit 27.000 fr.).

20.000 enfants des écoles ont droit aux soins dentaires gratuits. Du rapport annuel de l'ancienne clinique nous extrayons les chiffres suivants :

Le budget s'élevait à la somme de 11.425 marks; en 14.222 séances il fut procédé à 7.094 interventions, dont 6.999 extractions, 6.669 obturations, 758 traitements de racines et 2.407 pansements.

Les dentistes auront ainsi l'image de l'importance de la dentisterie conservatrice et de l'effort que font les deux dentistes femmes qui

ont suffi jusqu'à ce jour à tout, aidées seulement du personnel secondaire. L'activité de la clinique va être de beaucoup augmentée dans les nouveaux locaux par l'augmentation du personnel. Les enfants qui fréquentaient déjà avec plaisir l'ancienne clinique se presseront nombreux dans la nouvelle installation.

A côté des soins dentaires et buccaux qu'ils reçoivent, les enfants prennent aussi des habitudes de propreté ; on leur fait toucher du doigt l'importance qu'il faut attacher aux soins dentaires. C'est un service inappréciable qu'on leur rend et qui se fera sentir pendant toute leur vie. L'administration municipale et le comité directeur de la ville de Strasbourg ont donc montré en cette circonstance ce que la masse peut et doit faire en matière d'hygiène publique, pour la masse. Le meilleur moyen de témoigner la reconnaissance qui est due pour cet effort, viendra de la clinique elle-même, si elle se pénètre bien de son but spécial. La clinique doit être animée d'un esprit social et de sentiments assez élevés pour faire comprendre que les services rendus à chacun, individuellement, sont des services que l'on rend à la communauté.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

GROUPEMENT DE L'E. D. P. ET DE L'A. G. S. D. F.

Les Conseils d'administration de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F. ont tenu le samedi 17 juin une réunion commune à 9 heures du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, pour s'occuper des incidents qui ont suivi la constitution du C. N. F. H. D.

Ils ont adopté à l'unanimité des dix-neuf membres présents les ordres du jour suivants :

I

Les Conseils de l'A. G. S. D. F. et de l'E. D. P., dans leur réunion commune du samedi 17 juin, *après avoir pris connaissance* de la lettre et de la notice historique adressées par M. Francis Jean, agissant en qualité de président de la F. D. N. aux Sociétés adhérentes, et *constaté :*

1° Que ces documents ne leur ont été adressés qu'après leur publication dans un journal professionnel (8 juin), ce qui est une incorrection ;

2° Qu'ils contiennent des critiques plus que vives et des attaques violentes au sujet de la conduite et de l'action des représentants de l'A. G. S. D. F. et de l'E. D. P., lors de l'assemblée constitutive du C. N. F. H. D. du 5 mai 1911, ce qui est peu confraternel ;

Considérant :

1° Les documents concernant cette action ou relatifs aux actes qui ont précédé ou suivi l'assemblée du 5 mai dont la liste est ci-jointe ;

2° Les résultats de l'enquête des Bureaux et celle des Conseils dans laquelle M. Francis Jean a été entendu contradictoirement avec les délégués :

Constatent :

1° Le ton combatif et passionné adopté sans motifs sérieux dès les débuts de la constitution du Comité d'Hygiène par le président du dit Comité et particulièrement par le principal agent auquel le président avait cru devoir faire appel, un non professionnel, ancien employé de l'Ecole, dont la collaboration se présentait dès la première séance avec un caractère d'opposition si net à l'égard des principes odontologiques et des sociétés professionnelles, si injurieux à l'égard des principaux représentants de l'Ecole et de l'Association, qu'il les obligeait à quitter la salle en compagnie de tous les dentistes présents, 24 sur 29, sauf 3 d'abord, puis 8 ensuite, après les instances du président ;

2° L'orientation particulière donnée à la nouvelle société pour la détourner de son but au bénéfice d'une action personnelle et la créer en dehors des groupements professionnels qui en avaient eu l'initiative afin d'échapper ainsi à leur influence et à leur contrôle, orientation en contradiction avec leurs vœux les plus formels renouvelés dans la séance du 29 avril ;

S'étonnent que leur délégué, M. Francis Jean, après s'être séparé de ses dix-huit collègues et s'être ainsi insurgé contre les décisions et les vœux de ses commettants, persiste, malgré les votes des sociétés dont il était le représentant, dans une voie contraire aux principes d'union intime et d'unité d'action, qu'il a lui-même préconisés ;

Regrettant que, par son attitude, il ait porté atteinte à l'entente si péniblement établie avec le Groupement odontotechnique et tenté d'entraîner dans la même voie les autres sociétés professionnelles ;

Laissent à M. Francis Jean toute la responsabilité de cette action désorganisatrice de l'entente et destructive des œuvres professionnelles, action qu'ils réprouvent et qu'ils blâment :

1° Décident de lui retirer toute délégation à la F. D. N., en vertu de l'article 8 des statuts de celle-ci, et à la F. D. I. et tout droit de parler en leur nom ;

2° Confirment par suite les décisions prises dans les réunions du 13 mai approuvant la conduite de leurs représentants et les félicitant d'être, avec la moitié des membres du Comité d'initiative, restés fidèles au mandat qu'ils avaient reçu en procédant, en conformité des vœux des groupements professionnels rappelés plus haut, à la fondation du C. N. F. H. D. auquel le Groupement a donné sa pleine adhésion ;

3° Les invitent dans l'intérêt général de l'œuvre et de la profession à s'en tenir au jugement de leurs pairs et, dédaignant toutes les critiques et les attaques dont ils ont été ou pourront être l'objet et qu'ils déclarent injustifiées et sans fondement, à réserver, conformément à l'ordre du jour adopté par le Groupe des amis des Ecoles dentaires [1], tous leurs efforts pour développer l'œuvre si utile de propagande d'hygiène dentaire ;

4° Décident enfin de se borner à faire connaître lesdites dicisions et tous les documents qui s'y rapportent aux personnes, sociétés, groupements professionnels ou pouvoirs publics auxquels les notes accusatrices auront pu être communiquées par leurs adversaires.

Liste des documents.

a) La protestation des vingt-trois dentistes présents à l'assemblée constitutive contre les attaques injurieuses dont ils ont été l'objet et la partialité du président.

---

1. V. *L'Odontologie* du 15 juin 1911, p. 510.

b) Le procès-verbal de cette assemblée remis par le secrétaire général de la F. D. N., M. Blatter.

c) Les procès-verbaux des réunions communes du Groupement (E. D. P. et l'A. G. S. D. F.) du 29 avril contenant les vœux et les décisions des deux Conseils, et de celles du 13 mai 1911, approuvant la conduite et l'action des délégués et désapprouvant à l'unanimité moins deux voix, celles de M. Francis Jean et d'un membre du Conseil d'administration de sa Société, en termes modérés dans la forme afin de ne pas aggraver le différend, mais très nets dans le fond, les actes des deux délégués dissidents, MM. Francis Jean et Pailliottin.

d) Les procès-verbaux des réunions et l'historique de la constitution du C. N. F. H. D. (19 mai 1911).

e) L'ordre du jour du Groupe des amis des Ecoles dentaires du 2 juin 1911.

f) La note historique fournie par le bureau du C. N. F. H. D.

g) Le numéro de mai 1911 de la Revue odontologique et Revue générale de l'Art dentaire.

II

Les Conseils de l'A. G. S. D. F. et de la Société de l'Ecole et du D. D. P., dans leur réunion commune du samedi 17 juin,

Considérant :

1° Que, par suite de l'ordre du jour qu'ils ont adopté pour approuver la conduite de leurs représentants à l'assemblée constitutive du C. N. F. H. D. et blâmer celle de MM. Francis Jean et Pailliottin, ces derniers ont cessé de les représenter comme délégués à la F. D. N. ;

2° Qu'ainsi l'A. G. S. D. F. et l'E. D. P. ne sont plus depuis le début de ces incidents représentées dans le bureau de la F. D. N. proportionnellement à leur importance et au nombre de leurs membres (1.100 membres avec les pupilles sur moins de 1.500 que compte la F. D. N. ou 750 sur moins de 1.000 si l'on fait abstraction des pupilles) ;

3° Qu'une fédération de Sociétés n'existe régulièrement que par la représentation équitable et l'union de ces sociétés et l'acceptation par chaque société des actes de ladite fédération ;

4° Que le président, M. Francis. Jean, les deux secrétaires adjoints, MM. Pailliottin et Kern, et le trésorier, M. Richaume, agissant actuellement comme représentants du bureau irrégulièrement constitué de la F. D. N. (deux d'entre eux étant désavoués par leurs commettants) ne sauraient sérieusement avoir la prétention de représenter régulièrement le bureau tout entier, le Comité exécutif et la F. D. N. elle-même et de s'en servir pour couvrir leurs pamphlets injurieux et satisfaire leurs rancunes injustifiées ;

Déclarent :

1° Protester contre le refus de convocation d'une assemblée extraordinaire de la F. D. N. dans le délai d'un mois à Paris (art. 10 des statuts), demandée par les deux Sociétés A. G. S. D. F. et E. D. P.

2° Considérer comme nulles et non avenues toutes décisions prises par lesdits membres du bureau depuis l'assemblée constitutive du 5 mai jusqu'à la convocation à Paris d'une assemblée générale extraordinaire dont les conditions de convocation et d'ordre du jour auront été acceptées préalablement par l'A. G. S. D. F. et la Société de l'E. D. P., une assemblée à Dijon pendant le Congrès de l'A. F. A. S. ne pouvant avoir l'autorité suffisante pour résoudre le conflit par suite du nombre restreint des délégués habituellement présents ;

3° Décident de charger leurs présidents de s'entendre avec les quatre membres du bureau restés fidèles à leur mandat : les vice-présidents MM. Pont, de Lyon, et Franchette, de Paris, le secrétaire général, M. Blatter, et le président d'honneur, M. Ch. Godon, pour assurer pendant cette période leurs rapports avec les sociétés professionnelles françaises et étrangères en tout ce qui concerne la F. D. N. et notamment dans leurs rapports avec la F. D. I. et ses délégués français, adhérents au C. N. F. H. D., MM. Godon, G. Villain, Roy et Pont, de Lyon, soit quatre membres sur les cinq composant la délégation française à la F. D. I.

III

Le mandat de délégué à la F. D. N. de MM. Francis Jean et Pailliottin leur étant retiré par décision des Conseils d'administration de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F. en date du 17 juin 1911, le président de la F. D. N. n'a plus de mandat régulier. En conséquence M. Blatter, secrétaire général, est prié de convoquer, d'accord avec les deux vice-présidents, MM. Pont et Franchette, et M. Godon, président d'honneur, conformément à l'article 10 des statuts, une assemblée générale extraordinaire de la F. D. N. dans le délai d'un mois à Paris, pour renommer le Comité exécutif et le Bureau de la F. D. N.

Pour copie conforme :

Le Secrétaire général de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris,
BLATTER.

Le Secrétaire général de l'Association générale des dentistes de France,
HENRI VILLAIN.

*Nous avons reçu toute une série de lettres, soi-disant rectificatives, émanant de l'*Association française d'hygiène dentaire. *Toutes ces lettres portant sur le même sujet, nous nous contenterons d'en publier une, la première en date. Cette lettre, comme les autres, contient de très nombreuses erreurs et des appréciations tendancieuses, que nous ne jugeons pas à propos de relever, pour l'instant du moins, désireux de ne pas engager de polémique et de nous en tenir aux termes de l'ordre du jour du* Groupe des amis des écoles dentaires de Paris et de l'A. G. S. D. F., *publié dans le n° du 15 juin.*

A M. Miégeville, gérant du journal *L'Odontologie*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

Monsieur le Gérant,

Président du Comité d'initiative du C. N. F. H. D. pris à partie dans votre journal du 15 mai 1911, page 422, j'ai l'honneur de vous demander, conformément à la loi (art. 13 loi de 1881), l'insertion de cette mise au point exacte, de cette protestation nécessaire.

M. le Dr Roy écrit : les deux propositions : « 1° que les principes » odontologiques soient sauvegardés dans la constitution du Comité et » 2° que les Sociétés y soient admises, ont rencontré une opposition » systématique et violente de la part de certains assistants non profes- » sionnels, soutenus, à notre grande surprise, par le président du Co- » mité d'initiative. » C'est exactement le contraire de la vérité. Il n'y a pas eu contre ces propositions opposition systématique puisque sur ces deux points l'assemblée a accepté un texte d'accord. Elle a déclaré les principes odontologiques suffisamment sauvegardés par l'insertion dans les statuts de ces mots : « Sous les auspices de la F. D. N. » (Proposition Pailliottin). Elle a accepté que les Sociétés soient représentées au Conseil d'administration à condition que le nombre des non professionnels soit toujours égal à celui des professionnels (proposition Siffre). Puisqu'il y eut entente, il n'y eut pas opposition systématique.

Il y eut un incident violent et non pas opposition violente. Cet incident fut provoqué, après l'accord fait, par ceux du Groupement qui voulurent revenir sur les décisions prises, et à qui fut reproché, comme une déloyauté, le fait d'avoir attiré les non professionnels avec des statuts qui leur donnaient une place acceptable et de renier ces statuts en séance publique. L'incident violent fut une simple résistance à une manœuvre de la dernière heure destinée à mettre à la merci du Groupement de l'E. D. P. la nouvelle société. Le projet Godon, Roy, Villain faisait en effet entrer au Conseil d'administration, en face des douze professionnels et des douze non professionnels élus par l'Assemblée, vingt délégués qui devenaient ainsi majorité, vu surtout le soin de classer sous le titre de non professionnels, des membres dont l'indépendance était notoirement insuffisante. Alors sur l'injonction qui leur

fut faite par un d'entre eux, 16 délégués du Groupement, trois dentistes et deux non professionnels, quittèrent l'assemblée. L'impression fut que cet incident avait été provoqué par ceux qui étaient en minorité afin d'avoir prétexte pour partir.

En cachant la vérité, les mécontents ont pu faire voter l'approbation de leurs manœuvres par les Conseils de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F. réunis le 13 mai dernier, conseils composés en grande majorité de membres ignorant absolument ce qui s'était réellement passé. Ceux qui savent la lutte que je mène depuis trente ans sans compromission d'aucune sorte pour les principes odontologiques souriront en face de ce que je considère comme un blâme en constatant qu'ils n'ont pas eu le courage de le formuler.

J'ai conscience d'avoir présidé cette séance avec la plus complète impartialité. Que mes confrères jugent sans esprit de parti de quel côté est la correction, cela me suffit.

Francis Jean.

Paris, le 6 juin 1911. 35, rue Tronchet.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

En conformité de l'ordre du jour n° 3 voté par les Conseils de l'École et de l'Association et reproduit ci-dessus, une assemblée générale extraordinaire de la F. D. N. a été convoquée par le secrétaire général, M. Blatter (la convocation étant vue et approuvée par les deux vice-présidents, MM. Franchette et Pont, de Lyon, et par le président d'honneur, M. Godon), pour le jeudi 20 juillet à 8 h. 1/2 du soir, Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, avec l'ordre du jour suivant :

1° Vérification des pouvoirs des délégués ;

2° Examen de la situation résultant des incidents relatifs à la constitution du C. N. F. H. D. ;

3° Nomination du Comité exécutif de la F. D. N. (art. 14 des statuts, brochure rouge, p. 67) ;

4° Délégations aux divers Congrès ;

5° Propositions diverses.

Nota. — Le Comité exécutif se réunira après la séance et nommera son Bureau (art. 15).

Les présidents et délégués de Sociétés qui n'auraient pas reçu de lettres de convocations sont priés d'en réclamer à M. Blatter, secrétaire général, 88, avenue Niel, Paris.

NÉCROLOGIE

M. Fringnet.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort, à l'âge de 67 ans, de M. Fringnet, inspecteur de l'Académie de Paris, qui était en rapports constants depuis de longues années avec l'Ecole dentaire de Paris et qui portait beaucoup d'intérêt à cette institution. Il avait assisté, on s'en souvient, le 30 avril dernier, à l'inauguration des locaux du stage.

Les deux Ecoles dentaires de Paris étaient représentées à ses obsèques, qui ont eu lieu le 21 juin, par MM. Godon, Siffre, Zimmermann et plusieurs membres de leur corps enseignant.

Nous adressons à la famille de M. Fringuet nos sincères condoléances.

Dr Guinard.

Nos lecteurs connaissent la façon tragique dont M. le Dr Guinard a trouvé la mort.

MM. Blatter, Jeay et plusieurs membres du corps enseignant représentaient l'Ecole dentaire de Paris et l'A. G. S. D. F. à ses funérailles.

NOUVELLES

Dentistes des hôpitaux.

A la suite du concours que nous avons annoncé, MM. Réal et Georges Lemerle ont été nommés dentistes des hôpitaux.

Nous sommes particulièrement heureux de la nomination de notre confrère M. Georges Lemerle, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, et nous lui adressons nos très vives félicitations.

Canton d'Appenzell.

Les chirurgiens-dentistes du canton d'Appenzell (Suisse) viennent de fonder une société professionnelle.

Découverte archéologique.

On vient de découvrir dans l'île de Jersey les restes d'un homme appartenant à la race de Néanderthal, c'est-à-dire de la race d'individus la plus ancienne connue en Europe. Les dents qui lui restent sont au nombre de neuf ; elles ont été examinées par le Prof. Keith, du British Museum, qui les attribue à un individu d'une période antérieure à la période des glaciers à laquelle appartient l'homo heidelbergensis.

Les restes des sujets découverts récemment en Dordogne sont de la même époque.

C'est la première découverte d'un individu de race Néanderthal hors de l'Europe continentale.

Les dents dans l'armée anglaise.

Le Ministre de la Guerre a décidé que les hommes aptes au service militaire, mais ayant de mauvaises dents, seraient versés dans la réserve.

*
* *

L'amirauté anglaise est si satisfaite des résultats donnés par la nomination d'un dentiste civil pour le service naval qu'elle a décidé de porter de 1 à 3 le nombre de ces praticiens dans le port de Portsmouth.

Extraction sans douleur.

Les dentistes ont-ils le droit de mettre sur leurs cartes et plaques: « Extraction sans douleur » ?

Non, a dit le 2 juin dernier le président du tribunal de Preston (Angleterre). Et pour bien appuyer sa déclaration, il condamne M. J., dentiste à Preston, à payer 975 fr. de dommages-intérêts à une de ses clientes, nommée Lucy Sharples, dont il avait fort maltraité la mâchoire.

Examen cantonal de dentiste (Fribourg).

Le Conseil d'Etat du canton de Fribourg (Suisse) a rendu dans sa séance du 26 mars un arrêté modifiant, par l'exigence de connaissances générales et spéciales plus étendues, les conditions d'admission à l'examen cantonal de dentiste.

Cliniques dentaires scolaires.

Une école de garçons a été construite au Bourg (canton de Fri-

bourg, Suisse), avec onze salles de classes pouvant contenir chacune cinquante-quatre élèves.

Un cabinet médical et un cabinet dentaire y sont annexés.

*
* *

Le Grand Conseil du canton de Genève a fait bon accueil à la proposition du Conseil d'Etat de créer une policlinique dentaire à l'usage des enfants des écoles primaires dont les parents sont dans l'impossibilité matérielle de solder pour eux des notes de dentiste. Un crédit de 7.000 francs est ouvert dans ce but.

L'initiative de cette création avait été prise par la Société odontologique de Genève.

Soins dentaires scolaires.

Les enfants des écoles communales de Potsdam (Allemagne) reçoivent maintenant moyennant 1 fr. 25 par an le traitement complet de leurs dents.

La ville n'a pas voulu créer de clinique dentaire scolaire spéciale.

Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands.

La 50e assemblée générale annuelle de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands a eu lieu à l'Exposition internationale de Dresde. Quatre cents membres étaient présents.

On demande un dentiste.

La *Davoser Zeitung* publie une plainte singulière d'un hôte de Davos (Canton des Grisons) qui prétend n'avoir pu trouver un dentiste disposé à le soigner. L'étranger qui souffrait d'un violent mal de dents se présenta chez un premier praticien ; celui-ci affirma ne pouvoir le recevoir de huit jours. Le patient, dont la joue s'était dans l'intervalle démesurément enflée, repassa au bout d'une semaine. Il fut renvoyé chez un second dentiste où la même comédie se répéta.

« Bref, dit le malheureux, je n'ai pu jusqu'à ce jour trouver à Davos de dentiste disposé à s'occuper de moi. »

Il faut en déduire que les dentistes de Davos sont surchargés de travail — malgré la morte saison des étrangers — ou bien que ce sont gens bien curieux.

(Tribune de Genève.)

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

1er semestre 1911.

A

Abcès alvéolaire avec vitalité pulpaire partielle, p. 213, 230.
Académie de médecine (A l'), p. 95.
Adjoint au maire du 8e arrondissement (M. Godon), p. 527.
Aiguilles hypodermiques (Repassage des), p. 29.
Alliages (Les études actuelles sur les), p. 241, 537.
Allocution de M. Godon, p. 91, 186, 266, 416.
— — — Mendel-Joseph, p. 265.
Altérations pulpaires sans carie (Etude symptomatologique sur les), p. 433.
Amalgame de cuivre (L'), p. 78.
— — — (Avantages et inconvénients de l'), p. 410.
Amputation pulpaire au point de vue pratique (L'), p. 539.
Anesthésie (Morts sous l'), p. 177, 311.
— générale au chlorure d'éthyle (L'), p. 307.
— — au moyen de la rachinovococaïnisation supérieure, p. 311.
— locale intensive obtenue par les mélanges anesthésiques en solution isotonique (La sérocaïne), p. 529.
— des molaires inférieures, p. 312.
— par pression, p. 314.
— royale (Une), p. 335.
Anesthésiques locaux employés en chirurgie dentaire (Contribution à l'étude des), p. 328.
Angle (Modification des bandes d'), p. 370.
Anomalie de direction dentaire par rotation sur l'axe presque complète (Correction d'une), p. 385.
Apex radiculaire après le traitement des canaux (Etude anatomo-pathologique de l'), p. 405.
Appareil électrique portatif alimentant la lampe, le cautère, l'insufflateur d'air chaud, et pouvant servir à l'ionisation et à la cataphorèse, p. 361.
— provisoire de fixation dans la pyorrhée, p. 368.
Arcs de contraction ou d'expansion (Rupture des), p. 179.
Argent en prothèse dentaire (Application de l'), p. 114.
Arloing (M.), p. 284.
Arnold (M.), p. 142.
Art dentaire (Le radium, ses propriétés thérapeutiques, son emploi possible en), p. 97.
— — (Lancette à lames changeables pour petite chirurgie et), p. 230.
Arthrite dentaire (Réaction caractéristique de la salive dans l'), p. 357.
Arthrites alvéolo-dentaires (Les), p. 137.
Articulateur anatomique (Nouvel), p. 465.
Assemblée générale extraordinaire du 7 février 1911, de l'E. D. P., p. 240.
Association dentaire nationale des Etats-Unis d'Amérique, p. 36.
— de l'Ecole odontotechnique, p. 48.
— générale syndicale des dentistes de France (V. Table méthodique)
— — des dentistes de Belgique, p. 190.
— médicale britannique, p. 527.
— syndicale des chirurgiens-dentistes du Sud-Est, p. 135.
— dentaire britannique, p. 332.
— de mécaniciens-dentistes du canton de Neuchâtel, p. 333.
Associations internationales (Congrès mondial des), p. 324.
Atlas micrographique de la pathologie dentaire, p. 181.
— d'odontologie en vues stéréoscopiques, p. 327.

B

Bactériologie de la pyorrhée alvéolaire, p. 26.
— à l'Ecole dentaire de Paris (Les travaux pratiques de), p. 468.
Bandes d'Angle (Modification des), p. 171.
Banquet en l'honneur de N. S. Jenkins, p. 37.
Bibliographie et documentation (Commission de), p. 517.
Bouche (Cas d'hémorragie de la), p. 485.
— et le Salvarsan (Les affections ulcéreuses non syphilitiques de la), p. 502.
Bridge Dalma, p. 29.
Bridges en porcelaine (La technique des), p. 5, 274.
— et des couronnes à la gutta-percha (Le scellement des), p. 10, 280.
— (Pince pour l'enlèvement des dents à pivot et des), p. 15, 274.

Brûleur mobile à gaz et à alcool (Nouveau), p. 169, 229.
Bureau de la Société d'Odontologie (Election du), p. 229.

C

Cabinets dentaires des garnisons (Les), p. 47.
Canal radiculaire (Cas curieux de formation cémentaire dans le), p. 175.
Canaux (Etude anatomo-pathologique de l'apex radiculaire après le traitement des), p. 405.
Canton de Neuchâtel, p. 47, 96.
— — Berne, p. 144.
— — d'Appenzell, p. 302.
Caoutchouc creux (Plaque de), p. 30.
Carie chez les animaux (La), p. 410.
Cercle odontologique de France, p. 189, 287.
Chauffage et de soufflerie fonctionnant sous 110 volts (Nouveau système de), p. 468.
Chaussebourg (M.), p. 187.
Chirurgiens-dentistes (Session d'examens de), p. 81.
— — autrichiens (8e Congrès annuel des), p. 96.
— — du Sud-Est (Association syndicale des), p. 135.
— — (Poursuites contre 308), p. 141.
— — allemands (Augmentation du nombre des), p. 190.
— — (Société centrale des), p. 563.
— — (La jurisprudence professionnelle des), p. 329.
— — norvégiens (Congrès des), p. 478.
Chloroforme (Morte sous le), p. 479.
Ciments au silicate (Emploi des), p. 406.
Ciment adhésif, p. 178.
— synthétique de Trey (Emploi du nouveau), p. 470.
Clinique dentaire scolaire de Strasbourg dans ses nouveaux locaux (La), p. 552.
Cliniques dentaires scolaires en Allemagne, p. 134, 333.
— — — , p. 190, 381, 527, 503, 563.
— — — en Angleterre, p. 333.
Club des chauves et des édentés, p. 335.
Comité national français d'hygiène dentaire, p. 238, 326, 384, 422, 475, 508, 551.
Commission internationale d'hygiène dentaire, p. 550.
Concours à l'E. D. P., p. 95, 188.
— de dentistes des hôpitaux, p. 432.
Congrès annuel des chirurgiens-dentistes autrichiens (8e), p. 96.
— dentaire national belge (Comptes rendus du 2e), p. 330.
— de Dijon, p. 432, 512.
— — international (Comptes rendus du 5e), p. 383.
— d'assistance publique (5e), p. 478.
— des chirurgiens-dentistes norvégiens, p. 478.
— international de la tuberculose, p. 479.
Conseil du corps enseignant, p. 240.
Correspondance, p. 326, 511.
Cour d'appel de Paris, p. 375.
Couronne à coquille coulée (Confection d'un modèle de cire pour une), p. 30.
— — — (Réparation d'une), p. 312.
— Carmichel (La), p. 467.
Couronnes à la gutta-percha (Le scellement des bridges et des), p. 50.
Crochets venimeux des serpents (Sur le développement et le remplacement des), p. 216.
Cuspides (Coulage des), p. 314.

D

Découverte archéologique, p. 528, 562.
Démonstrations pratiques (Séance de), p. 418.
Dental Materia Medica Pharmacology and therapeutics (Modern), p. 327.
— — — and Therapeutics, p. 328.
Dent entourée d'or coulée sur une face de porcelaine découpée dans une dent de porcelaine, p. 30.
— de Geoffroy-la-Grand'Dent?(Quelle était la grande), p. 82.
— (Œil crevé par une), p. 143.
— de sagesse (Accidents de la), p. 355.
— — — (Nouveau procédé d'extraction de la), p. 450, 472.
Dentier (Autour d'un), p. 44.
— (Ingestion d'un), p. 311.
Dentiste (Le directeur est), p. 183.
— (La maison du), p. 382.
— contre les dangers auxquels ils sont exposés (Protection des yeux du), p. 500.
— (On demande un), p. 564.
— (Examen cantonal de), p. 563.
— pour fauves, p. 522.
— — chevaux, p. 522.
Dentistes (La responsabilité des), p. 45.
— (Les doléances des), p. 144.
— scolaires (La coopération des maîtres, des médecins scolaires et des), p. 207.
— (On demande des), p. 431, 478.
— des hôpitaux (Concours de), p. 432.
— p. 562.
Dents à pivot et des bridges (Pince pour l'enlèvement des), p. 15, 274.
— de Kaïnz (Les), p. 525.
— par suite de suppression de la mastication. Cessation des accidents par reprise de la fonction (Chute des), p. 145.

— des enfants et des adolescents soumis au régime du lait et des purées (Utilité de la surveillance des), p. 165.
— (Dangers des fausses), p. 176.
— (Comment les Japonais arrachent les), p. 524.
— artificielles après le meulage (Polissage des), p. 179.
— — (Comment on fabrique les), p. 523.
— (Le caractère d'après les), p. 183.
— de nos ancêtres (Les), p. 183.
— d'ophidiens (Sur la structure et le développement des), p. 297.
— du modèle (Bourrage et vulcanisation sans enlever les), p. 313.
— artificielles (Teinte des), p. 313.
— à la suite de suppression de la mastication ; cessation des accidents par reprise de la fonction (Chute des), p. 362.
— obturées (Chiens de police avec des), p. 522.
— dans l'armée anglaise (Les), p. 56.,
Deutsche Zahnheilkunde in Vorträgen p. 181.
Die locale Anästhesie in der Zahnheilkunde, p. 139.
Discours de M. Verneau, p. 92.
Dispensaire dentaire Forsyth pour enfants, p. 423.
Distinctions honorifiques, p. 48, 96, 189, 285, 380, 478.
Doctorat dentaire (Un), p. 287.
Douleur (Calmant de la), p. 178.

E

Ecole dentaire de Paris (V. Table méthodique).
— — — Lyon (Fête de l'), p. 382.
— libre d'assistance, p. 432.
Email (Traitement prophylactique des puits et fissures de l'), p. 305.
Enseignement odontologique en Espagne (L'), p. 135.
— — et de l'hygiène dentaire en 1910 (L'évolution de l'), p. 193.
— dentaire au Brésil (Organisation de la profession et de l'), p. 293.
Epulis par le radium (Traitement de l'), p. 502.
Ergebnisse der gesammten Zahnheilkunde, p. 330.
Erratum, p. 122, 288, 528.
Etudiants (Fête des), p. 96, 382.
— de Breslau (Les), p. 528.
— en chirurgie dentaire (Grève des), p. 143.
— — — — (Les), p. 371.
— — — — (Union corporative des anciens étudiants et), p. 373.
— — dentisterie d'Utrecht (Les), p. 191.
— fédéraux (Société d'), p. 332.
— sous les drapeaux (Circulaires interdisant les actes de scolarité aux), p. 420.
Evans (John), p. 187.
Examen cantonal de dentiste, p. 563.
Exemple à suivre, p. 287.
Exposition de Bruxelles, p. 95.
— d'hygiène de Dresde, p. 132.
— — dentaire scolaire, p. 134.
— internationale de Roubaix, p. 335, 383.
— artistique rétrospective de Rome, p. 382.
Extraction (Pansement alvéolaire après l'), p. 309.
— (Hémostase après l'), p. 408.
— sans douleur, p. 563.

F

Face après large intervention chirurgicale pour cancer (Restauration étendue de), p. 200.
Fédération dentaire internationale (V. Table méthodique).
Fédération dentaire nationale belge, p. 143.
— — — française (V. Table méthodique).
Fête des étudiants, p. 96, 382.
— du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F., p. 286, 335, 412.
— de l'Ecole dentaire de Lyon, p. 382.
Formulaire, p. 29.
Four à gaz pour travaux de porcelaine (Nouveau), p. 467.
Fringnet (M.), p. 562.

G

Gencive (Pointillage de la), p. 315.
Gencives (Pulvérisations antiseptiques pour dents et), p. 507.
Goldenstein (M.), p. 143.
Groupe des amis des écoles dentaires de Paris et de l'A. G. S. D. F., p. 510.
Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F. (V. Table méthodique).
Guinard (Dr), p. 562.

H

Hémorragie de la bouche (Cas d'), p. 485.
Hygiène scolaire belge (Comité national d'), p. 47.
— — (Comité central allemand d'), p. 478.
— — (Comptes rendus du 3e Congrès international d'), p. 521.
— (Commission internationale d'), p. 550.
— dentaire scolaire, p. 133.
— dentaire en 1910 (L'évolution de

l'enseignement odontologique et de l'), p. 193.
— — (Comité national français d'), p. 238, 326, 384, 422, 475, 508, 550.
— — dans les écoles est nécessaire (L'introduction de l'), p. 329.
— — dans l'alimentation (L'), p. 426.
— — au Conseil général des Alpes-Maritimes (L'), p. 478.

I

In memoriam, p. 187.
Inlays coulés (Réparation des modèles de cire pour), p. 179.
— d'or coulé (Moyen d'obtenir des bords parfaits dans les), p. 180.
Insomnie (Traitement de l'), p. 408.
Inspection dentaire scolaire, p. 96.
Institut dentaire de Tubingen, p. 190.
— de radium, p. 334.
Instruments en or durci, p. 32.
— nouveaux (Exposition de produits et), p. 473.

J

Journal (Nouveau), p. 181.
Julien (Alexis), p. 90.
Jurisprudence professionnelle (V. Table méthodique).
— — des chirurgiens-dentistes (La), p. 329.

L

Lancette à lames interchangeables pour petite chirurgie et art dentaire, p. 230.
Langue guérie par le principe actif de l'arbrus precatorius (Jequirity) (Tumeur de la), p. 123.
— traité et guéri par le principe actif du Jequirity (Un cas d'épithélioma de la), p. 125.
— au contact du sel (Bulles sanglantes de la), p. 506.
Lettre de M. Francis Jean, p. 560.
Leucoplasie (Guérison rapide d'une), p. 411.
Livres reçus, p. 181, 331, 521.

M

Mâchoire à ressort (La), p. 501.
Maladies pulpaires par le courant d'induction (Diagnostic des), p. 172.
— du périodonte (Traitement par le vaccin des), p. 173.
Malpositions dento-maxillaires (Essai de terminologie des), p. 49, 36.
Malpropreté coréenne (La), p. 526.
Mammifère ongulé fossile de Patagonie découvert dernièrement : homalodontothérium (Sur un), p. 458, 493.
Mariages, p. 95, 240, 288, 381, 479.
Marié (Paul), p. 184.
Martin (Claude), p. 140.
Massacres de septembre (A propos des), p. 523.
Maxillaire inférieur (Dénudation traumatique du), p. 305.
Maxillaires (Le champ des opérations ostéoplastiques pour la correction des difformités des), p. 251.
Mécaniciens-dentistes du canton de Neuchâtel (Association des), p. 333.
Métal pour poinçon (Nouveau), p. 312.
Molaires perdues (Restauration de), p. 313.
Monument du prof. Cornil (Le), p. 286.
Mortification pulpaire par traumatisme alimentaire chez des soldats, p. 365, 488.
— — (Note sur un cas de), p. 545.
Musée dentaire, p. 191.

N

Nécrologie (V. Table méthodique).
Nomenclature dentaire (Notes sur la), p. 481.
Nominations, p. 48, 95, 143, 287, 335, 383, 528.

O

Obturations (Polissage des surfaces proximales des), p. 178.
Or coulé sur une face de porcelaine découpée dans une dent de porcelaine (Dent entourée d'), p. 30.
— — (Investissement pour), p. 178.
— durci (Instrument en), p. 32.
— (Cire pour couler l'), p. 32.
— — (Moyen d'obtenir des bords parfaits dans les inlays d'), p. 180.
— (Soudure d'), p. 179.
— et les causes de la cassure des faces de porcelaine soudées (La soudure d'), p. 358.
— mou (Aurifications rapides à l'), p. 472.
Orthodontie (Société allemande d'), p. 383.
Ostéome du bord alvéolaire, p. 354.
Oxyphosphate de cuivre dans la résorption du procès alvéolaire, p. 179.

P

Palmarès, p. 39.
Périodontite aiguë par le trikrésol-formaline (Arrêt de la), p. 507.
Pied-de-biche et des vis à racines (Emploi du), p. 467.
Pince pour l'enlèvement des dents à pivot et des bridges, p. 16, 280.
Plaque-base (Une bonne), p. 313.
Placers d'avenir, p. 182.
Police et l'orthographe en Alsace-Lorraine, p. 192.

Porcelaine (La technique des bridges en), p. 5.
— (Dent entourée d'or sur une face de porcelaine découpée dans une dent de), p. 30.
— soudées (La soudure d'or et les causes de la cassure des faces de), p. 358.
— (Nouveau four à gaz pour travaux de), p. 467.
Poudre dentifrice, p. 507.
Privilèges, p. 44.
Procès alvéolaire (Oxyphosphate de cuivre, dans la résorption du), p. 179.
Prophylaxie buccale (Tabac et), p. 505.
Prothèse dentaire (Application de l'argent en), p. 114.
— métallique (Atlas et traité de), p. 158.
— restauratrice de la lèvre supérieure, p. 228.
Pyorrhea alveolaris, p. 521.
Pyorrhée alvéolaire (Bactériologie de la), p. 26.
— — par la méthode Younger (Traitement de la), p. 30.
— — (Contribution à l'étude de la), p. 491.
— — par l'électro-ionisation (Traitement de la), p. 470.
— (Prophylaxie de la), p. 313.
— — (Le massage et la pâte de bismuth dans la), p. 502.
— alvéolo-dentaire par l'effluvation ionisatrice de haute fréquence (Méthode de traitement de la), p. 470.

R

Radium, ses propriétés thérapeutiques, son emploi possible en art dentaire (Le), p. 97, 148.
Rapport de M. Dreyfus, p. 127, 229.
— — — Fabret, p. 319.
Rectification, p. 81.
Restauration prothétique du nez (Un cas de), p. 289.

S

Salive dans l'arthrite dentaire (Réaction caractéristique de la), p. 357.
Sauvez (Denis), p. 380.
Sciences physiques et naturelles (Leçons pratiques de), p. 374.
Sécurité médicale (La), p. 431.
Sérocaïne (La), p. 529.
Service dentaire au lycée Janson-de-Sailly (Le), p. 16, 69.
— — dans les lycées (Note sur le), p. 35.
— — scolaire de Bruxelles, p. 117.
Services de stomatologie dans l'armée (Circulaire relative à l'organisation de), p. 131.
Shepard (L. D.), p. 284.
Simplicité, p. 501.
Société allemande d'orthodontie, p. 33.
— de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris (V. Table méthodique).
— — biologie (A la), p. 46.
— des dentistes scolaires, p. 46.
— odontologique de France, p. 48.
— — suisse, p. 432.
— belge d'odontologie, p. 190.
— autrichienne d'hygiène dentaire scolaire, p. 191.
— centrale des chirurgiens-dentistes allemands, p. 564.
— d'Odontologie de Paris (V. Table méthodique).
— française de produits d'hygiène buccale, p. 432.
— dentaire américaine d'Europe, p. 381.
Soins dentaires aux familles des marins sous-officiers, p. 132.
— — scolaires, p. 564.
Souscription en vue d'élever un monument à la mémoire de Claude Martin, p. 322, 419.
— Loriot, p. 288, 325, 381.
Squelette (Histoire de), p. 182.
Stérilisateur à l'aldéhyde formique à l'état naissant, p. 468.
Stomatologie (Opérations de), p. 472.
Stomatologistes (Dédié aux), p. 383.
Syndicat dentaire de Bordeaux, p. 352.

T

Tantale (Le), p. 29.
Terminologie des malpositions dento-maxillaires (Essai de), p. 49, 282.
— après plusieurs années d'essai (Ma), p. 67.
Tête et formations bucco-nasales d'un embryon humain de 14,7 m/m vertex-sacrum, et 13,8 m/m apex-sacrum, p. 337, 391.
Thérapeutique dentaire (Consultations et), p. 328.
Trigémine (La), p. 31.

V

Vergleichende Anatomie des menschlichen Gebisses und der Zähne der Vertebraten, p. 138.
Von der Unterkiefer-Resektions prothese, p. 138.
Vulcanite (Moyen de produire des rugosités sur une plaque de), p. 315.

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 15 jan ier 1911, p. 79.
Conseil d'administration du 14 janvier 1911, p. 79.
— — du 15 janvier 1911, p. 80.
— — du 29 avril 1911, p. 417.

BIBLIOGRAPHIE

Arthrites alvéolo-dentaires (Les), p. 137.
Atlas microphotographique de la pathologie dentaire, p. 181.
— d'Odontologie en vues stéréoscopiques, p. 327.
— et traité de prothèse métallique dentaire moderne, p. 518.
Comptes rendus du deuxième Congrès dentaire national belge, p. 330.
— — — 3e — international d'hygiène scolaire, p. 521.
Consultations et thérapeutique dentaire, p. 328.
Contribution à l'étude des anesthésiques locaux employés en chirurgie dentaire, p. 328.
Dental Materia Medica and Therapeutics, p. 328.
Deutsche Zahnheilkunde in Vorträgen, p. 181.
Die locale Anästhesie in der Zahnheilkunde, p. 139.
Ergebnisse der gesammten Zahnheilkunde, p. 330.
Introduction de l'hygiène dentaire dans les écoles est nécessaire (L'), p. 329.
Jurisprudence professionnelle des chirurgiens-dentistes (La), p. 329.
Leçons pratiques de sciences physiques et naturelles, p. 374.
Livres reçus, p. 181, 331, 521.
Modern Dental Materia Medica Pharmacology and therapeutics, p. 327.
Nouveau journal, p. 181.
Pyorrhea alveolaris, p. 521.
Vergleichende Anatomie des menschlichen Gebisses und der Zähne der Vertebraten, p. 138.
Von der Unterkiefer-Resecktions prothese, p. 138.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Allocution de M. Godon, p. 416.
Association dentaire nationale des Etats-Unis d'Amérique, p. 36.
— syndicale des chirurgiens-dentisten du Sud-Est, p. 135.
Banquet en l'honneur de N. S. Jenkins, p. 37.
Circulaires interdisant les actes de scolarité aux étudiants sous les drapeaux, p. 420.
Comité national français d'hygiène dentaire, p. 326.
Congrès mondial des associations internationales, p. 324.
Enseignement odontologique en Espagne (L'), p. 135.
Etudiants en chirurgie dentaire (Les), p. 371.
Fête du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F., p. 412.
Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F. (V. Table méthodique).
Lettre de M. Francis Jean, p. 560.
Rectification, p. 81.
Session d'examens de chirurgiens-dentistes, p. 81.
Souscription en vue d'élever un monument à la mémoire du docteur Claude Martin, p. 322, 419.
— Loriot, p. 325.
Syndicat dentaire de Bordeaux, p. 324.
Toast de M. Amoëdo, p. 414.
Union corporative des anciens étudiants et étudiants en chirurgie dentaire, p. 373.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

Séance du 30 avril 1911, p. 418.
Aurifications rapides à l'or mou, p. 472.
Couronne Carmichel (La), p. 467.
Emploi du pied-de-biche et des vis à racines, p. 467.
— — nouveau ciment *synthetic* de Trey, p. 470.
Exposition de produits et d'instruments nouveaux, p. 473.
Méthode de traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire par l'effluviation ionisatrice de haute fréquence, p. 470.
Nouveau four à gaz pour travaux de porcelaine, p. 467.

— système de chauffage et de soufflerie fonctionnant sous 110 volts, p. 468.
— procédé d'extraction de la dent de sagesse, p. 472.
NOUVEL articulateur anatomique, p. 463.
OPÉRATIONS de stomatologie, p. 472.
STÉRILISATEUR à l'aldéhyde formique à l'état naissant, p. 468.
TRAITEMENT de la pyorrhée alvéolaire par l'électro-ionisation, p. 471.
TRAVAUX pratiques de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris (Les), p. 468.

ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS (SOCIÉTÉ DE L')

ASSEMBLÉE générale extraordinaire du 7 février 1911, p. 240.
— — — — 4 avril 1911, p. 332.
CONCOURS, p. 95, 188.
CONSEIL du corps enseignant, p. 240.
CONSEIL d'administration du 29 avril 1911, p. 417.
ELECTION du Bureau, p. 46.
NOMINATIONS dans le corps enseignant, p. 95, 188, 285, 380.

FAITS CLINIQUES

ACCIDENTS de la dent de sagesse, p. 355.
OSTÉOME du bord alvéolaire, p. 354.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

COMMISSION de bibliographie et de documentation, p. 517.
SESSION de 1911, p. 332, 480, 515.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

COMITÉ national français d'hygiène dentaire, p. 238.
RAPPORT de M. Fabret, p. 319.
RÉUNION du 24 mars 1911, p. 189, 318.
— — 20 juillet 1911, p. 561.
SÉANCE du 1er juillet 1910, p. 316.
— — 2 août 1910, p. 318.

GROUPEMENT DE L'E. D. P. ET DE L'A. G. S. D. F.

ALLOCUTION de M. Godon, p. 416.
FÊTE du Groupement, p. 286, 412.
RÉUNION commune des deux conseils d'administration, p. 188, 418, 421, 556.

GROUPEMENT DES ÉCOLES DENTAIRES DE PARIS RECONNUES D'UTILITÉ PUBLIQUE

PALMARÈS, p. 39.

HYGIÈNE

CIRCULAIRE relative à l'organisation de services de stomatologie dans l'armée, p. 131.
CLINIQUE dentaire scolaire de Strasbourg dans ses nouveaux locaux (La), p. 552.
CLINIQUES dentaires scolaires en Allemagne, p. 134.
COMITÉ national français d'hygiène dentaire, p. 238, 326, 384, 422, 475, 508, 551.
COMMISSION internationale d'hygiène dentaire, p. 550.
CORRESPONDANCE, p. 511.
DISPENSAIRE dentaire Forsyth pour enfants, p. 423.
EXPOSITION d'hygiène dentaire scolaire, p. 134.
— — de Dresde, p. 132.
GROUPE des amis des écoles dentaires de Paris et de l'A. G. S. D. F., p. 510.
HYGIÈNE dentaire dans l'industrie de l'alimentation (L'), p. 426.
— — scolaire, p. 133.
SOINS dentaires aux familles des marins sous-officiers, p. 132.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

NOTE sur le service dentaire dans les Lycées, p. 35.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

MODIFICATION des bandes d'Angle, p. 171.
NOUVEAU brûleur mobile à gaz ou à alcool, pour tablette de fauteuil dentaire, p. 169.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

AUTOUR d'un dentier, p. 44.
COUR d'appel de Paris, p. 375.
PRIVILÈGES, p. 44.
RESPONSABILITÉ des dentistes (La), p. 45.

NÉCROLOGIE

ALLOCUTION de M. Godon, p. 91, 186.
ARLOING, p. 284.

ARNOLD, p. 142.
BLATTER père, p. 240.
BLOCMAN père, p. 240.
BONNARD mère (Mme), p. 284.
CHAUSSEBOURG, p. 187.
DISCOURS de M. Verneau, p. 92.
DIVERS, p. 46, 527.
EVANS (John), p. 187.
FRINGNET (M.), p. 562.
GOLDENSTEIN, p. 142.
GUINARD (Dr), p. 562.
JULIEN (Alexis), p. 90.
IN MEMORIAM, p. 187.
MARIÉ (Paul), p. 184.
MARTIN (Claude), p. 140.
SAUVEZ (Denis), p. 380.
SHEPARD, p. 284.

NOTES PRATIQUES

ANESTHÉSIE des molaires inférieures, p. 312.
— par pression, p. 314.
ARRÊT de la périodontite aiguë par le trikrésol-formaline, p. 507.
BOURRAGE et vulcanisation sans enlever les dents du modèle, p 313.
BRIDGE Dalma (Le), p. 29.
CALMANT de la douleur, p. 178.
CIMENT adhésif, p. 178.
CIRE pour couler l'or, p. 32.
CONFECTION d'un modèle de cire pour une couronne à coquille coulée, p. 31.
COULAGE des cuspides, p. 314.
DENT entourée d'or coulé sur une face de porcelaine découpée dans une dent de pocelaine, p. 30.
FORMULAIRE, p. 29.
INSTRUMENT en or durci, p. 32.
INVESTISSEMENT pour or coulé, p. 178.
MOYEN d'obtenir des bords parfaits dans les inlays d'or coulés, p. 180.
— de produire des rugosités sur une plaque de vulcanite, p. 315.
NOUVEAU métal pour poinçon, p. 312.
OXYPHOSPHATE de cuivre dans la résorption du procès alvéolaire, p. 179.
PLAQUE de caoutchouc creux, p. 30.
— base (Une bonne), p. 313.
POINTILLAGE de la gencive, p. 315.
POLISSAGE des surfaces proximales des obturations, p. 178.
— — dents artificielles après le meulage, p. 179.
POUDRE dentifrice, p. 507.
PRÉPARATION des modèles de cire pour inlays coulés, p. 179.
PROPHYLAXIE de la pyorrhée, p. 313.
PULVÉRISATION antiseptique pour dents et gencives, p. 507.
RÉPARATION d'une couronne à coquille, p. 312.
REPASSAGE des aiguilles hypodermiques, p. 29.
RESTAURATION de molaires perdues, p. 313.
RUPTURE des arcades de contraction et d'expansion, p. 179.
SOUDURE d'or, p. 179.
TANTALE (Le), p. 29.
TEINTE des dents artificielles, p. 313.
TRIGÉMINE (La), p. 31.
TRAITEMENT de la pyorrhée par la méthode Younger, p. 30.

NOUVELLES

ACADÉMIE de médecine (A l'), p. 95.
ANESTHÉSIE royale (Une), p. 335.
ASSOCIATION de l'Ecole odontotechnique, p. 48.
— générale des dentistes de Belgique, p. 190.
— dentaire britannique, p.332.
— des mécaniciens-dentistes du canton de Neuchâtel, p. 333.
— médicale britannique, p. 527.
AUGMENTATION du nombre des chirurgiens-dentistes allemands, p. 190.
CABINETS dentaires de garnison (Les), p. 47.
CANTON de Neuchâtel, p. 47, 96.
— — Berne, p. 144.
— d'Appenzell, p. 562.
CERCLE odontologique de France, p. 189, 287.
CLINIQUES dentaires scolaires, p. 191, 333, 381, 527, 563.
CLUB des chauves et des édentés, p. 335.
COMITÉ central d'hygiène scolaire belge, p. 47.
— — allemand d'hygiène scolaire, p. 478.
— national français d'hygiène dentaire, p. 238, 326, 384, 422, 475, 508.
COMPTES rendus du 5e Congrès dentaire international, p. 383.
CONCOURS de dentistes des hôpitaux, p. 432.
CONGRÈS annuel de chirurgiens-dentistes autrichiens, p. 96.
— de Dijon, p. 432.
— d'assistance publique, p. 478.
— des chirurgiens-dentistes norvégiens, p. 478.
— international de la tuberculose, p. 479.
DÉCOUVERTE archéologique, p. 528, 563.
DÉDIÉ aux stomatologistes, p. 383.
DENTISTE (On demande un), p. 564.
DENTISTES des hôpitaux, p. 562.
DENTS dans l'armée anglaise (Les), p. 562.

DISTINCTIONS honorifiques, p. 48, 96, 285, 380, 478.
DOCTORAT dentaire (Un), p. 287.
DOLÉANCES des dentistes (Les), p. 144.
ECOLE libre d'assistance, p. 432.
ERRATUM, p. 288, 528.
ETUDIANTS en dentisterie d'Utrecht (Les), p. 191.
— de Breslau (Les), p. 528.
EXAMEN cantonal de dentiste, p. 563.
EXEMPLE à suivre, p. 287.
EXPOSITION de Bruxelles, p. 95.
— internationale de Roubaix, p. 335, 383.
— artistique rétrospective de Rome, p. 382.
EXTRACTION sans douleur, p. 563.
FÉDÉRATION dentaire nationale belge, p. 143.
FÊTE des étudiants, p. 96, 382.
— du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F., p. 286, 335.
— de l'Ecole dentaire de Lyon, p. 382.
GODON adjoint au Maire du 8e arrondissement (M.), p. 527.
GRÈVE d'étudiants en chirurgie dentaire, p. 143.
INSPECTION dentaire scolaire, p. 96.
INSTITUT dentaire de Tubingen, p. 190.
— de radium, p. 334.
MAISON du dentiste (La), p. 382.
MARIAGES, p. 95, 240, 288, 381.
MONUMENT du prof. Cornil (Le), p. 286.
MORTE sous le chloroforme, p. 479.
MUSÉE dentaire, p. 191.
NOMINATIONS, p. 48, 95, 143, 287, 335, 383, 528.
ŒIL crevé par une dent, p. 143.
ON demande des dentistes, p. 431, 478, 564.
POLICE et l'orthographe en Alsace-Lorraine (La), p. 192.
POURSUITES contre 308 chirurgiens-dentistes, p. 144.
SÉCURITÉ médicale (La), p. 431.
SOCIÉTÉ de biologie (A la), p. 46.
— des dentistes scolaires, p. 46.
— odontologique de France, p. 48.
— — suisse, p. 432.
— belge d'Odontologie, p. 190.
— autrichienne d'hygiène dentaire scolaire d'étudiants fédéraux, p. 332.
— centrale des chirurgiens-dentistes allemands, p. 564.
— dentaire américaine d'Europe, p. 381
— française de produits d'hygiène buccale, p. 432.
SOINS dentaires scolaires, p. 564.
SOUSCRIPTION Loriot, p. 288, 381.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS de Dijon, p. 512.
SOCIÉTÉ allemande d'orthodontie, p. 33.

REVUE ANALYTIQUE

AFFECTIONS ulcéreuses non syphilitiques de la bouche et le Salvarsan (Les), p. 504.
ANESTHÉSIE générale au chlorure d'éthyle, p. 307.
— — — moyen de la rachinovococaïnisation supérieure, p. 311.
AVANTAGES et inconvénients de l'amalgame de cuivre, p. 410.
BULLES sanglantes de la langue au contact du sel, p. 506.
CARIE chez les animaux (La), p. 410.
CAS curieux de formation cémentaire dans le canal radiculaire (Un), p. 175.
DANGER des fausses dents, p. 176.
DÉNUDATION traumatique du maxillaire inférieur, p. 305.
EMPLOI des ciments au silicate, p. 406.
ETUDE anatomo-pathologique de l'apex radiculaire après le traitement des canaux, p. 405.
GUÉRISON rapide d'une leucoplasie, p. 411.
HÉMOSTASE après l'extraction, p. 408.
INGESTION d'un dentier, p. 311.
MASSAGE et la pâte de bismuth dans la pyorrhée alvéolaire (Le), p. 502.
MACHOIRE à ressort (La), p. 501.
MORTS sous l'anesthésie, p. 177, 311.
PANSEMENT alvéolaire après l'extraction (Le), p. 309.
PROTECTION des yeux du dentiste contre les dangers auxquels ils sont exposés, p. 500.
SIMPLICITÉ, p. 501.
TABAC et prophylaxie buccale, p. 505.
TRAITEMENT prophylactique des puits et des fissures de l'émail, p. 305.
— de l'insomnie, p. 408.
— — l'épulis par le radium, p. 503.

REVUE DES REVUES

AMALGAME de cuivre (L'), p. 78.
BACTÉRIOLOGIE de la pyorrhée alvéolaire, p. 16.
CAS d'épithélioma de la langue traité et guéri par le principe actif du Jequirity (Un), p. 125.
CHAMP des opérations ostéoplastiques pour la correction des difformités des maxillaires (Le), p. 251.
CONTRIBUTION à l'étude de la pyorrhée alvéolaire, p. 491.
DÉVELOPPEMENT et le remplacement des crochets venimeux des serpents (Sur le), p. 216.
MAMMIFÈRE ongulé fossile de Patagonie découvert dernièrement : homalodontothérium (Sur un), p. 458, 493.
RÉACTION caractéristique de la salive dans l'arthrite dentaire, p. 357.

SOUDURE d'or et les causes de la cassure des faces de porcelaine soudées, p. 358.
STRUCTURE et le développement des dents d'ophidiens (Sur la), p. 297.
TRAITEMENT des maladies pulpaires par le courant d'induction, p. 192.
— par le vaccin des maladies du périodonte, p. 173.
TUMEUR de la langue guérie par le principe actif de l'arbrus precatorius (Jequirity), p. 123.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

RAPPORT de M. Dreyfus, p. 127.
SÉANCE du 11 octobre 1910, p. 227.
I. Prothèse restauratrice, p. 228.
Discussion.
MM. Blatter, p. 228.
M. Roy, p. 228.
II. Nouveau brûleur à gaz et à alcool pour tablette de fauteuil, p. 229.
III. Rapport du secrétaire général, p. 229.
IV. Election du Bureau, p. 229.
V. Lancette à lames changeables pour petite chirurgie et art dentaire, p. 230.
VI. Abcès alvéolaire, p. 230.
Discussion.
MM. G. Robin, p. 230.
M. Roy, p. 231, 233.
G. Villain, p. 232.
Mendel-Joseph, p. 232.
Touvet-Fanton, p. 234.
Fourquet, p. 234.
SÉANCE du 7 mars 1911, p. 232.
— — 8 novembre 1910, p. 265.
— — 6 décembre 1909, p. 265.
I. Allocution de M. Mendel-Joseph, p. 265.
II. Allocution de M. Godon, p. 266.
III. Technique des bridges en porcelaine, p. 274.
Discussion.
MM. Darcissac, p. 274.
Roy, p. 274.
Robin, p. 275, 278.
Hirschfeld, p. 276, 277.
Godon, p. 278.
Francis Jean, p. 279.
Siffre, p. 280.
IV. Scellement des bridges à la gutta. Pince pour l'enlèvement des dents à pivot et des bridges, p. 280.
Discussion.
MM. G. Villain, p. 280.
H. Villain, p. 281.
Godon, p. 281.
V. Essai de terminologie des malpositions dento-maxillaires, p. 282.
SÉANCE du 4 avril 1911, p. 336.
— du 10 janvier 1911.
I. Appareil électrique portatif alimentant la lampe, le cautère, l'insufflateur d'air chaud, et pouvant servir à l'ionisation et à la cataphorèse, p. 361.
Discussion.
M. Mendel-Joseph, p. 361.
II. Chute des dents à la suite de suppression de la mastication ; cessation des accidents par reprise de la fonction, p. 362.
Discussion.
MM. Roy, p. 362, 364.
G. Villain, p. 363.
Robin, p. 363.
Frey, p. 363, 364.
Godon, p. 364.
III. Discussion de la communication de M. Frey sur la terminologie des malpositions dento-maxillaires, p. 365.
IV. Mortification pulpaire par traumatisme alimentaire chez des soldats, p. 365.
Discussion.
MM. Godon, p. 365.
Barden, p. 367.
Daunis, p. 367.
V. Incidents de la pratique journalière.
a) Appareil provisoire de fixation dans la pyorrhée, p. 368.
MM. Godon, p. 368.
Roy, p. 369.
Masson, p. 369.
b) Modification des bandes d'Angle p. 370.
c) Correction d'un défaut d'articulation d'une couronne, p. 370.
M. Roy, p. 370.
SÉANCE du 7 février 1911, p. 537.
I. Les études actuelles sur les alliages, p. 537.
Discussion.
MM. Roy, p. 537.
Serres, p. 537.
Ferrand, p. 538.
II. L'amputation pulpaire au point de vue pratique, p. 539.
Discussion.
MM. Roy, p. 539.
Touvet-Fanton, p. 542.
Heïdé, 545.
III. Note sur un cas de mortification pulpaire, p. 545.

Discussion.

MM. Pailliottin, p. 545, 548.
Ferrand, p. 546, 548.
Roy, p. 546.
Heïdé, p. 548.

TRAVAUX ORIGINAUX

Abcès alvéolaire avec vitalité pulpaire partielle, p. 203.
Anesthésie locale intensive obtenue par les mélanges anesthésiques en solution isotonique ; la sérocaïne (L'), p. 529.
Application de l'argent en prothèse dentaire, p. 114.
Cas de restauration prothétique du nez (Un), p. 289.
Chute des dents par suite de suppression de la mastication. Cessation des accidents par reprise de la fonction, p. 146.
Correction d'une anomalie de direction dentaire par rotation sur l'axe presque complète, p. 385, 391.
Coopération des maîtres, des médecins scolaires et des dentistes scolaires (La), p. 207.
Essai de terminologie des malpositions dento-maxillaires, p. 49.
Etude symptomatologique sur les altérations pulpaires sans carie, p. 433.
Etudes actuelles sur les alliages (Les), p. 241.
Evolution de l'enseignement odontologique et de l'hygiène dentaire en 1910 (L'), p. 193.
Notes sur la nomenclature dentaire, p. 481.
Nouveau procédé d'extraction de la dent de sagesse, p. 430.
Observation d'un cas d'hémorragie de la bouche, p. 485.
Organisation de la profession et de l'enseignement dentaire au Brésil (L'), p. 293.
— de quelques cas de mortification pulpaire par traumatisme alimentaire chez les soldats, p. 488.
Pince pour l'enlèvement des dents à pivot et des bridges, p. 15.
Radium, ses propriétés, son emploi possible en art dentaire (Le), p. 97, 148.
Restauration étendue de la face après large intervention chirurgicale pour cancer, p. 200.
Scellement des bridges et des couronnes à la gutta-percha (Le), p. 10.
Service dentaire au lycée Janson-de-Sailly (Le), p. 16, 69.
— — scolaire de Bruxelles, p. 117.
Technique des bridges en porcelaine (La), p. 5.
Terminologie après plusieurs années d'essai (Ma), p. 67.
Tête et formations bucco-nasales d'un embryon humain de 14,7 m/m vertex-sacrum, et 13,8 m/m apex-sacrum, p. 337.
Utilité de la surveillance des dents des enfants et des adolescents soumis au régime du lait et des purées, p. 165.

VARIA

A propos des massacres de septembre, p. 523.
Caractère d'après les dents (Le), p. 183.
Chien de police avec des dents obturées, p. 522.
Comment on fabrique les dents artificielles, p. 523.
— les Japonais arrachent les dents, p. 524.
Dentiste pour fauves, p. 522.
— — chevaux, p. 522.
Dents de nos ancêtres (Les), p. 183.
— de Kaïnz (Les), p. 525.
Directeur est dentiste (Le), p. 183.
Histoire de squelette, p. 182.
Malpropreté coréenne (La), p. 526.
Placers d'avenir, p. 182.
Quelle était la Grande Dent de Geoffroy-la-Grand'Dent? p. 82.

NOMS D'AUTEURS

Amoedo (Dr), p. 414, 481.
Barden, p. 367.
Bennejeant, p. 216, 297, 458, 493.
Blatter, p. 141.
Blatter, p. 228.
Boileau, p. 136.
Bon, p. 117.
Cecconi, p. 114.
Chapot-Prévost, p. 293.
Darcissac, p. 274.
Daunis, p. 367.
Delguel (Dr), p. 165.
Deckeyser (L.), p. 97, 148.
Dreyfus (Dr), p. 127, 265, 361, 465, 537.
Fabret, p. 319.
Ferrand, p. 538, 546, 548.
Fourquet, p. 235.
Frey (Dr), p. 49.
Frey (Dr), p. 363, 364.
Godon (Dr), p. 35, 91, 186, 193, 266, 278, 416.
Godon (Dr), p. 281, 282, 364, 365, 368.
Grimaud, p. 512.
Heïdé (Raoul), p. 34.
Heïdé, p. 545, 548.
Hirschfeld, p. 276.
Jean (Francis), p. 279.
Jenkins, p. 5.
Kirk (E.), p. 36.
Legrand, p. 488.
Lemeland (Dr), p. 145.
Lenhardtson, p. 207.
Mahé (Dr), p. 16, 69.
Masson, p. 369.
Mendel-Joseph (Dr), p. 232, 265, 361.
Miégeville, p. 529.
Pailliottin, p. 545, 548.
Paterson, p. 515.
Paulet, p. 337, 301
Pont (Dr), p. 450.
Prevel, p. 354.
Raynal, p. 200, 289.
Robin (Dr G.), p. 230, 275, 278, 363.
Rouveix, p. 485.
Roy (Dr), p. 137, 213, 354, 433.
Roy (Dr), p. 228, 231, 233, 274, 364, 369, 370, 537, 539, 546.
Ruppe, p. 171.
Serres, p 241.
Serres, p. 537, 542.
Sommer (Mlle), p. 175.
Touvet-Fanton, p. 234, 542.
Van Campenhout, p. 117.
Verneau, p. 92.
Villain (G.), p. 67, 232, 280, 363.
Villain (H.), p. 10, 15, 281, 385, 518.
Walter, p. 169.

1. Les noms en italiques indiquent les orateurs qui ont pris part aux discussions de la Société d'Odontologie.